FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1898-99 N° 30.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HYSTÉRIE
CHEZ LES ENFANTS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Juin 1899, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Alfred-Léon KALER

Né à Bar-le-Duc (Meuse), le 20 Décembre 1874.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. SPILLMANN	professeur.....	*Président.*
SIMON	professeur.....	*Juges.*
HAUSHALTER	agrégé.....	
ZILGIEN	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1898-99 N° 30.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRIE

CHEZ LES ENFANTS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Juin 1899, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Alfred-Léon KALER

Né à Bar-le-Duc (Meuse), le 20 Décembre 1874.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. SPILLMANN	professeur.....		*Président.*
SIMON	professeur.....		
HAUSHALTER	agrégé.....		*Juges.*
ZILGIEN	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LYON BAT.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS ✲, I ⚜.

Assesseur : M. BERNHEIM, ✲, I ⚜.

Doyen honoraire : M. TOURDES O ✲, I ⚜.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✲, I ⚜, HERRGOTT ✲, I ⚜, HECHT ✲, I ⚜, BEAUNIS ✲, I ⚜.

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✲, I ⚜, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS ✲, I ⚜, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ⚜, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ⚜, professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, A ⚜, professeur.
Pathologie externe	M. FRŒLICH, A ⚜, agrégé, chargé du cours.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ⚜, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ⚜, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ⚜, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ⚜, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ⚜, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ⚜, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ⚜, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ⚜, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ⚜, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I ⚜, professeur.
Histologie	M. PRENANT, A ⚜, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A ⚜, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ⚜, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, I ⚜, agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ⚜, agrégé, chargé du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✲, A ⚜, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, A ⚜, agrégé, ch. du cours.

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I ⚜.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A. ⚜.	GUILLOZ, A ⚜.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✲, A ⚜.	FRŒLICH, A ⚜.	BOUIN.
ETIENNE.	SCHUHL, A ⚜.	ANDRÉ.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ✲, I ⚜, ROHMER, I ⚜, VAUTRIN, A ⚜. REMY, A ⚜, P. PARISOT, I ⚜.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Ⓜ, A ⚜, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

A mon Maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HAUSHALTER

INTRODUCTION

Dans l'état actuel de la science, après les travaux déjà nombreux sur le sujet, après le rapport du professeur Bezy au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Toulouse 1897, il n'est plus nécessaire de se demander si l'hystérie infantile mérite de prendre place dans le cadre nosologique : la question a été tranchée dans le sens de l'affirmative.

Qu'est-ce qu'on entend donc par hystérie infantile ? Ici le désaccord commence entre les auteurs qui se sont occupés de cette question, à des époques différentes, et avec des théories variables sur la nature même de l'hystérie.

L'hystérie est une névrose, c'est-à-dire une affection des centres nerveux qui se manifeste par des *troubles dynamiques*, sans altérer leur structure d'une manière sensible à nos méthodes actuelles d'investigation.

Mais cette définition est certainement trop générale pour être exacte. Par exemple les convulsions de la première enfance qui guérissent sans laisser de traces peuvent être des troubles dynamiques du système ner-

veux que nous ne classons pas sous la rubrique : hystérie, pour des raisons que nous indiquerons plus loin.

Nous ne décrirons comme accidents hystériques que les troubles dynamiques spéciaux du système nerveux caractérisés par leur mode de début, leur évolution, leur guérison facile et souvent brusque par une thérapeutique dans laquelle la suggestion joue le rôle principal.

L'idée de ce travail nous a été donnée par M. le professeur agrégé Haushalter. Depuis que nous avons eu l'honneur d'être son externe au service des enfants, nous avons toujours trouvé auprès de ce maître bienveillant l'accueil le plus sympathique, et, dans d'autres circonstances, la preuve de son affectueux intérêt ; nous sommes heureux de lui donner aujourd'hui le témoignage de notre bien vive reconnaissance.

Nous remercions aussi avec empressement M. le professeur Spillmann dont nous avons suivi avec le plus grand attrait la clinique médicale et qui nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. le doyen Gross nous a donné bien souvent des marques d'intérêt auxquelles nous avons été très sensible et dont nous garderons le meilleur souvenir.

M. le professeur Herrgott et M. le professeur agrégé Schuhl nous ont accueilli avec une bienveillance affable dans leur service : nous leur adressons, ainsi qu'à tout le personnel de la Maternité, l'expression de notre cordiale reconnaissance.

M. le professeur Simon et le professeur agrégé Etienne nous ont communiqué des observations intéressantes,

pour lesquelles nous les remercions de leur grande obligeance.

Messieurs les professeurs agrégés Rohmer et Jacques qui n'ont ménagé ni leur temps, ni leur science pour pour nous initier à l'art délicat de leurs spécialités, sont assurés de notre profonde gratitude.

Nous garderons de nos amis Bouin le meilleur souvenir ; nous remercions du fond du cœur nos camarades Michel et Garnier des preuves d'affection sincère qu'ils nous ont prodiguées pendant toute la durée de nos études, et qui nous assurent pour l'avenir une solide amitié.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les anciens auteurs, pour qui l'hystérie était une affection causée par des troubles dans le fonctionnement de l'utérus, ne pouvaient pas soupçonner la possibilité de l'hystérie infantile : aussi les cas qu'ils ont observés furent classés par erreur sous d'autres rubriques. *Charles Lepois* en 1618 fut le premier à s'insurger contre cette théorie et à prétendre que l'hystérie était d'origine cérébrale et non pas utérine, ce qui lui permit d'expliquer les cas qu'il observa chez l'homme et chez l'enfant. Ses idées furent tour à tour combattues et acceptées par ses successeurs, parmi lesquels il convient de citer *Sydenham* comme un de ses plus fervents adeptes (1681). Malgré le traité de *Briquet* sur l'hystérie (1859), qui relate des observations personnelles à l'appui des mêmes idées, il nous faut arriver jusqu'en 1880 pour voir triompher définitivement la théorie purement nerveuse de l'hystérie.

Les travaux de *Charcot* et de l'école de la Salpétrière, prouvent surabondamment l'existence de l'hystérie in-

fantile . Le *professeur Bernheim* en 1891 relate dans son livre: Psychotérapie, hypnotisme et suggestion, plusieurs observations d'hystérie dans le jeune âge. *Grasset, Pitres* et *Richer* apportent dans leurs ouvrages l'appui de leur autorité incontestée. Dès lors l'attention du public médical est attirée de ce côté, et à partir de ce moment, toute une série de thèses inaugurales signalent un grand nombre de cas intéressants.

A Paris, en 1880, *Fouquet* présente une « Etude clinique sur quelques spasmes d'origine hystérique » et *Giraud* un « Essai sur l'hystérie précoce se développant chez les petites filles avant la puberté » ; en 1884 *Casaubon* démontre l'existence de « l'hystérie chez les jeunes garçons ». En 1885 paraît le travail important de *Peugniez*: « De l'hystérie chez les enfants », et en 1887, *Clopatt*, dans une monographie publiée à Helsingfors mais inspirée par l'Ecole de la Salpétrière, prouve par une statistique imposante la fréquence de cette névrose dans l'enfance.

Mlle *H. Goldspiegel*, en 1888, signale quelques observations nouvelles dans sa « Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants ». « Les leçons cliniques sur les maladies des enfants », de *A. Ollivier* (1889), soulèvent une question encore discutée que *Burnet*, son élève, choisit comme sujet de sa thèse inaugurale « Contribution à l'étude de l'hystérie infantile ; son existence au-dessous de 5 ans ». La discussion est portée à l'Académie de médecine par les docteurs *Chaumier*, de Tours, *Ollivier* et *Magitot* (1). Cependant *Gilles de la Tourette*,

(1) Magitot. — *De l'hystérie chez les nouveau-nés.* — *Bull. Acad. méd.* Paris, 1892, t. 5, XXVIII, p. 32.

dans son « Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie » (1891), tout en déclarant que l'hystérie se voit à tous les âges, n'admet guère la possibilité de l'hystérie chez le nouveau-né.

En 1893, *Bardol* étudie le diagnostic différentiel au point de vue de « l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez l'enfant ». La thèse d'*Isnard* (Montpellier, 1896), comprend deux parties : la première qui est la plus courte et la moins probante à notre avis, traite de l'hystérie chez le nourrisson ; la seconde contient un grand nombre d'observations intéressantes d'hystérie chez l'enfant et l'adolescent.

Après la thèse de *Conturies* (Paris, 1896), la question de l'hystérie infantile est mise au point par le rapport du professeur *Bezy* « sur l'hystérie infantile, sa nature et ses causes » et la discussion qui s'ensuivit au Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française (1) (Toulouse, 3 août 1897). Au mois d'octobre de la même année, le docteur *F. Terrien* publie dans les « Archives de Neurologie » 18 observations intéressantes d'hystérie infantile, recueillies en Vendée. *Bruns* (2), de Hanovre, communique une étude sur l'hystérie chez les enfants, et déclare en particulier que le diagnostic dans la première enfance lui paraît très délicat sinon impossible. Enfin, en 1898, il nous reste à signaler la thèse de *Craponne* (Lyon), sur la « Pseudo-méningite hystérique » et le travail intéressant du docteur *Bibent* sur « l'hystérie simulant les affections organiques chez l'enfant et l'adolescent » (Th. de Toulouse, 1898).

(1) *Archives de Neurologie* (1897), 2e s. 4e vol., p. 249.

(2) XXIXe Congrès de la Société des médecins aliénistes de la Basse-Saxe et de Westphalie (Analyse in *Arch. Neurol.*).

CHAPITRE II

Étiologie.

L'hystérie infantile reconnaît comme facteurs étiologiques un certain nombre de causes que nous allons successivement passer en revue.

1° L'hérédité ;
2° L'âge et le sexe ;
3° Les maladies infectieuses ;
4° L'éducation et les influences morales ;
5° Les émotions ;
6° La contagion.

1° *Hérédité.* — Tout le monde s'accorde pour donner à l'hérédité une place considérable dans l'étiologie de l'hystérie infantile ; et, de fait, l'hérédité nerveuse nous a paru si fréquente que les antécédents héréditaires de nos jeunes malades ont été d'un grand poids quand il s'est agi d'établir le diagnostic : elle était très nette 25 fois sur 36 cas.

Pour Charcot, la cause unique de l'hystérie c'est l'hérédité ; à côté d'elle il n'y a que des agents provocateurs de l'hystérie.

Pour Souques « la cause provocatrice n'est rien ou presque rien, le terrain, c'est-à-dire, la tare névropathique est tout ».

Pitres ajoute même : « On ne devient pas hystérique, on naît hystérique. »

A côté de l'hérédité nerveuse on a invoqué d'autres tares héréditaires, telle que la diathèse goutteuse, la tuberculose et l'alcoolisme des parents. Évidemment ces diathèses peuvent mettre le système nerveux des enfants dans un état de moindre résistance ; elles peuvent être utilement consignées dans une observation clinique, surtout si elles s'associent à l'hérédité nerveuse, mais elles ne méritent, à notre avis, qu'une place tout à fait secondaire dans l'étiologie de l'hystérie infantile.

2° *Age et sexe.* — L'âge auquel pourrait se présenter les symptômes de l'hystérie varie beaucoup suivant les auteurs.

Quelques-uns, tels que Ollivier et son élève Burnet, Chaumier et Magitot croient à l'existence de l'hystérie chez le nourrisson. Les observations que nous avons pu lire à ce sujet n'ont pas entraîné notre conviction. Ce n'est pas parce qu'un enfant a eu, à l'âge de 8 ou 10 ans, des accidents manifestement hystériques, que les convulsions de sa première enfance étaient forcément de même nature ; nous croyons encore que la dentition est capable de provoquer des désordres assez sérieux dans le faible organisme du nourrisson, aussi nous ne pouvons pas admettre la conclusion de Magitot (1) : « Nous souhaitons que la classe des maladies dites de la denti-

(1) Magitot. — De l'hystérie chez le nouveau-né. *Bull. Acad. Méd.*, Paris, 1892, XXVIII, 3. s. p. 32.

tion, chez l'homme, soit définitivement rayée du cadre de la nosologie. »

A l'encontre de l'opinion de Magitot, voici ce que montre notre statistique : Sur 36 enfants, 12 seulement avaient de 5 à 9 ans et 24 de 10 à 13 ans.

On trouve aussi plus de petites filles que de petits garçons : dans nos observations nous avons 23 enfants du sexe féminin et 14 du sexe masculin. Cette inégalité s'explique probablement pour l'enfant comme pour l'adulte, par la prédominance des sentiments affectifs et de la sensibilité en général chez la femme.

3° *Maladies infectieuses.* — Grasset, sans nier l'influence de l'hérédité, fait jouer à l'infection et à l'intoxication le premier rôle dans l'étiologie de l'hystérie. Du fait que l'hystérie éclate chez un enfant à la suite d'une maladie infectieuse, il ne faut pas conclure, à notre avis, que l'infection a été la cause de l'hystérie, car peu d'enfants échappent aux maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, angines, etc.) et, cependant, tous ne deviennent pas hystériques.

Il nous semble plus exact de considérer l'infection comme un agent provocateur de l'hystérie chez un enfant prédisposé par l'hérédité.

4° *Education et influences morales.* — Nous signalerons ici toute une catégorie d'agents provocateurs de l'hystérie que nous devons énumérer en détail parce que le médecin peut avoir sur elle une influence considérable et heureuse.

Prédisposant à l'hystérie les vices d'une éducation mal comprise intéressent à la fois le moral et le physique de l'enfant. Un mauvais état général, une croissance exa-

gérée, le surmenage (petits enfants prodiges), la dyspepsie, l'anémie, la chlorose ont été incriminés dans bien des cas et à juste raison ; mais ils ne doivent pas faire oublier l'importance des causes d'ordre purement psychique.

L'enfant est particulièrement suggestible et impulsif ; d'autant plus que ses caprices et ses désirs ne sont contrebalancés ni par le jugement, ni par la raison, ni par la volonté qui lui font défaut.

Les enfants que l'on est convenu d'appeler des enfants gâtés, irascibles et volontaires, auxquels les parents n'osent rien refuser dans la crainte de les voir pleurer, peuvent devenir petit à petit des hystériques.

D'autres fois la suggestibilité est mise en œuvre d'une autre façon : les parents craignent de voir leur enfant tomber malade, ou bien ils craignent la rechute d'une maladie à une époque déterminée ; ils en parlent tous les jours devant l'enfant qui, un beau matin, présente tous les symptômes dont on redoutait l'apparition. Ainsi agissent encore les pratiques superstitieuses ou les histoires effrayantes au moyen desquelles les parents malavisés réalisent inconsciemment des suggestions tenaces chez leurs enfants.

5° *Emotions. — Traumatisme.* — L'influence des émotions est bien connue, elle est d'ailleurs très fréquente et particulièrement nette dans plusieurs de nos observations où un enfant est atteint ici de mutité passagère, ici de tremblement, là de paralysie, là de paralysie avec contracture à la suite d'émotions causées par la frayeur ; 9 fois dans nos observations nous retrouvons cette cause étiologique.

Les chutes, les traumatismes accidentels ou chirurgicaux agissent évidemment de la même façon.

6° *Contagion*. — La contagion est un agent provocateur depuis longtemps signalé pour son évidence et son importance. Les grandes épidémies d'hystérie sont très connues et pourtant il nous semble intéressant de résumer ici l'histoire d'une épidémie de tremblement hystérique, observée par Leuch (1) dans une école.

Une épidémie de tremblement dans une école.

L'épidémie en question qui a frappé 26 élèves sur 133, d'une école de Zurich, a débuté chez une fillette de 9 ans, venue d'une école de Berne où une épidémie analogue a existé auparavant. La petite malade a tout d'abord contaminé ses trois voisines immédiates et comme malgré l'avis de l'auteur, les malades n'ont pas été renvoyés, ce tremblement se déclare chez 12 autres élèves de la même classe. L'épidémie passa ensuite à une autre classe où elle frappa quatre élèves ; l'intermédiaire a été, dans cette nouvelle épidémie, la maîtresse de couture, personne très nerveuse et très surmenée.

Sur 26 élèves on compta 25 fillettes et 1 garçon.

Le tremblement était, dans tous ces cas, strictement limité aux membres supérieurs et se déclarait ordinairement quand l'enfant écrivait. Il consistait en une série d'oscillations rythmiques très rapides, près de 250 par

(1) Leuch. — *Corresp. Blatt. f. Schweiz.* Art. 1896. Analyse in Rev. des mal. de l'Enf., 1897, p. 439.

minute, à très petite amplitude rappelant assez exactement celui de la paralysie agitante. Il continuait au repos.

L'accès durait de une minute au minimum à une heure au maximum ; le nombre des accès par jour variait ; en dehors de l'école, à la maison, les accès survenaient très rarement, et jamais pendant le sommeil.

Tous ces enfants étaient bien portants, nullement anémiques ni chlorotiques.

Dans quelques cas seulement on a pu établir l'existence d'une hérédité nerveuse.

CHAPITRE III

Symptômes.

L'hystérie chez l'enfant peut débuter de deux façons différentes : tantôt brusquement, tantôt insidieusement. D'une manière générale quand le début est brusque, la cause la plus habituelle est une émotion vive, une frayeur ou un traumatisme par exemple ; et ces cas sont ceux dans lesquels on note le plus souvent des troubles de la motilité. Mais il existe des cas nombreux dans lesquels des troubles intellectuels, des troubles digestifs ou des troubles sensitifs peuvent faire pressentir l'hystérie, et sont d'un grand intérêt quand il s'agit d'établir le diagnostic. Nous commencerons donc par étudier les troubles mentaux, puis les troubles digestifs, les troubles respiratoires et circulatoires, les troubles secrétoires, les troubles de la sensibilité, les troubles de la motilité et enfin la crise convulsive. La crise convulsive est en effet rare chez l'enfant, alors que les autres symptômes se présentent fréquemment. Chez l'adulte, la crise convulsive est accompagnée d'un cortège de manifestations nerveuses qu'on désigne sous le nom de

stigmates de l'hystérie. Chez l'enfant, des faits analogues sont tout à fait exceptionnels ; chez l'enfant, l'hystérie ne se manifeste très souvent que par un seul symptôme, l'hystérie est *monosymptomatique*. Or ce symptôme unique peut intéresser les organes les plus divers au point de vue fonctionnel, l'étude de cette manifestation monosymptomatique mérite donc de retenir toute notre attention.

I. — Troubles mentaux.

Le caractère hystérique d'un enfant se manifeste objectivement quelquefois, par un ensemble de signes que le terme vulgaire « d'enfant nerveux » qualifie d'une manière assez exacte.

Une constitution généralement délicate, une mine éveillée, le regard curieux et fureteur d'une figure mobile où se peignent et se succèdent les impressions les plus variées : voilà sous quel aspect ces enfants se présentent en général à notre observation. Et de fait les parents déclarent qu'ils sont *intelligents* et *curieux*, qu'ils posent beaucoup de questions. Ils seraient, disent les parents, les premiers de l'école, si ces qualités n'étaient pas largement compensées par de grands défauts. Ils apprennent facilement, mais ils oublient aussi vite parce qu'ils sont très *étourdis*, et qu'il est difficile de fixer leur attention.

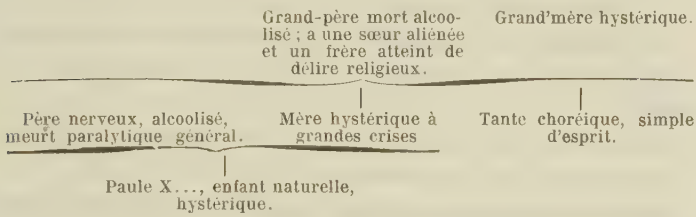
Ils se font remarquer par *l'inconstance de leur humeur*, leur *irritabilité* et leur *versatilité*. Ils rient et pleurent, sans motif appréciable et à quelques secondes d'inter-

valle. Leurs désirs sont violents, ils se mettent en colère, frappent du pied ou parfois se roulent sur le plancher quand on ne les satisfait pas tout de suite. Et même pour peu qu'on tarde à les contenter il n'est pas rare de les voir renoncer tout à coup à l'objet de leurs désirs. L'observation qui va suivre en est le meilleur exemple (1).

OBSERVATION I

Troubles mentaux très prononcés. — Pseudo-méningite. Guérison.

La petite Paule X... est une enfant naturelle âgée de 7 ans. La tare nerveuse dont elle est chargée se comprend facilement à la simple inspection du tableau suivant :



Toute petite, l'enfant était déjà très nerveuse, volontaire, colère ; elle avait des *insomnies* rebelles ; elle était sujette aux cauchemars et aux *terreurs nocturnes*.

Depuis un an la *bizarrerie de ce caractère* s'est encore accentuée. Elle est devenue sombre, triste et pensive. Elle ne joue plus avec ses camarades. Elle est plus impressionnable et plus volontaire. Si elle demande quelque chose c'est avec des airs de colère, et quand on le lui donne elle n'en veut déjà plus.

(1) Cette observation, ainsi que toutes celles dont nous n'indiquons pas autrement l'origine, sont dues à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Haushalter.

Le moindre retard que l'on met à satisfaire ses désirs la pousse à un état d'excitation indescriptible. Un jour elle entre dans une violente colère, parce que la musique militaire passait sous les fenêtres de sa demeure.

Depuis 6 mois elle se plaint de douleurs dans le ventre, de douleurs dans la gorge qui diminuent quand on comprime la région affectée. Elle ne peut plus aller à l'école. Elle a à tout instant de véritables crises de renvois et *des hoquets* très violents. Elle n'a eu ni convulsion, ni délire, ni incontinence d'urine.

Depuis un mois, à la suite d'une correction qu'elle a reçue, elle se plaint d'avoir constamment mal à la tête. Quelquefois elle se couche sans rien dire sur le plancher, ou bien elle se roule sans prononcer une parole. La céphalée violente qu'elle accuse fait craindre aux parents une *méningite ;* car elle maigrit, elle a la mine abattue, fatiguée, ses paupières sont demi-closes, les yeux convulsés, la marche incertaine, la parole embarrassée et incompréhensible.

Cependant quand l'enfant lit ou compte elle parle facilement.

La force musculaire est normale, le sens musculaire conservé, mais l'enfant est devenue maladroite et ne peut plus manger seule.

Les réflexes sont conservés, avec une tendance à l'exagération. La sensibilité est normale.

Comme traitement, on soumet l'enfant à des douches. 5 jours après elle est plus gaie et après 10 jours passés à l'hôpital, elle est complètement remise, elle joue, rie, et cause bien, la marche est absolument normale.

« L'amour-propre hystérique » des enfants les pousse à se distinguer de leurs camarades par des particularités quelconques. Les petites filles sont d'une *coquetterie* extraordinaire pour leur âge, ou bien elles *refusent de s'alimenter*, soit dans la crainte de prendre de l'embonpoint, soit plus simplement pour le plaisir de se faire

prier et d'obliger leurs parents à s'occuper d'elles sans cesse.

L'esprit de contradiction, la désobéissance, sont quelquefois aussi l'apanage d'enfants hystériques, comme le prouve l'observation suivante :

OBSERVATION II

Troubles psychiques. — Hérédité nerveuse.

Le père de Charles B..., 8 ans et demi, est éthylique et très nerveux ; il a une sœur capricieuse et bizarre. La mère, obèse, dit avoir eu, à 25 ans, une maladie nerveuse pour laquelle on lui a donné des douches. Elle avait à ce moment des accès de tristesse et des idées de suicide. Il lui arriva parfois de pleurer sans raison pendant 1 heure ou 2.

L'enfant a eu des *convulsions* à l'âge de 5 mois. Dès l'âge de 2 ans il avait des colères violentes, grinçait des dents, se frappait contre les murs.

Cet enfant, très intelligent, travaille bien à l'école, et pose continuellement des questions à tout le monde. Il a d'ailleurs un *esprit de contradiction* marqué. Il prétend qu'on lui en veut, que ses parents ne l'aiment pas. Il lui arrive souvent dans la journée d'aller s'asseoir dans un coin et de bouder. Il dit à ses parents qu'il voudrait « être mort » ou bien « être de bois » pour ne plus souffrir. Il a d'ailleurs été impossible d'examiner davantage cet enfant qui n'a pas voulu rester à l'hôpital et à qui ses parents ont cédé.

La désobéissance peut se compliqner d'une *indifférence complète aux reproches :* dans ce cas, l'enfant ne résiste plus à ses impulsions, et s'il a par exemple le

désir de quitter la maison, il traîne dans les rues et devient le petit *vagabond* que nous montrent les observations suivantes.

OBSERVATION III

Troubles psychiques.

La petite Blanche V..., âgée de 10 ans et demi est l'aînée de 10 enfants. Elle a eu à l'âge de 1 an des convulsions dont il lui reste du strabisme interne de l'œil gauche. Depuis 3 ans seulement son caractère est changé. Un jour elle part de la maison sans prétexte et ne revient pas. Elle est ramenée par un agent de police qui la trouve dans la rue, assise sur le trottoir. Un matin on la trouve assise auprès d'un cimetière ; elle avait passé toute la nuit dehors malgré un violent orage. Ces escapades se reproduisent plusieurs fois par mois ; à la suite elle *demeure indifférente* et ne témoigne aucun regret.

Elle n'apprend rien à l'école, parce qu'elle ne cherche pas à s'appliquer et qu'il est impossible de fixer son attention. Elle *n'obéit pas du tout*, elle bat quelquefois ses frères et sœurs ; elle pleure et rit à quelques secondes d'intervalle.

Bien qu'elle ne vole pas dans les magasins, elle cache chez elle du pain, du sucre, tout ce qu'elle trouve ; surprise en flagrant délit elle nie complètement et accuse ses frères et sœurs.

Elle *n'a peur de rien*. Elle monte souvent debout sur la fenêtre et un jour même, elle est montée sur la fenêtre d'un appartement au 3e étage, avec sa petite sœur dans les bras.

Pendant son séjour à l'hôpital on constate qu'elle est très intelligente mais entêtée. Elle ne fait que ce qui lui plaît, elle furète partout, taquine ses petites camarades, descend à califourchon la rampe d'un escalier, se roule dans le sable de la cour, chante avec expression un répertoire varié de chansons

sentimentales ou légères, essaye à tout instant d'échapper à la surveillance de la sœur et de l'infirmière, si bien qu'on est obligé de la rendre à sa famille 8 jours après.

OBSERVATION IV

Troubles psychiques. — Vagabondage.

Maria S..., 10 ans.

Le père est vif et nerveux, la mère est bien portante. Une sœur de l'enfant est idiote, une autre a un caractère violent et difficile.

L'enfant, au dire de la mère, a toujours été méchante. Il lui arrive de quitter la maison sans prétexte et de rester absente toute la journée. Elle ramasse tout ce qu'elle trouve, elle bourre ses poches d'objets quelconques et sans valeur : cosses de pois, cerises pourries, etc. ; cependant elle n'a jamais volé dans les magasins.

A l'hôpital, l'enfant est très colère, elle est continuellement agitée et toujours en mouvement ; elle s'amuse par exemple à grimper sur les balustrades ; elle exige une surveillance continuelle.

On sait aussi que les hystériques sont sujet à la *simulation* et au *mensonge :* « ils jouent d'instinct la comédie », a dit J. Simon. A ce sujet, il est bon de faire remarquer, comme l'a d'ailleurs démontré M. le professeur Bernheim (1), que le mensonge est souvent le résultat de la mise en œuvre de leur suggestibilité. L'enfant, impressionné par la personne qui l'interroge, par les apprêts de l'interrogatoire quelquefois, répond tantôt oui,

(1) Bernheim. — Hypnotisme, suggestion. Psychothérapie.

tantôt non, suivant la forme que l'on donne à la question. Dans ce cas le mensonge est inconscient ; mais, cette restriction faite, il est certain que les hystériques sont fréquemment des menteurs.

OBSERVATION V

Hystérie manifestée par des troubles psychiques et des crises nerveuses de courte durée.

Les parents de la petite Marie H..., 6 ans et demi, sont bien portants, elle-même n'a jamais eu de maladie grave.

Elle a par moment la sensation d'une boule qui monte à la gorge et qui l'étouffe. Il lui arrive aussi de perdre connaissance pendant 3 ou 4 secondes. Elle est très *remuante*, ses parents déclarent qu'elle est insupportable à la maison.

Elle est très intelligente, mais *capricieuse*, *méchante*, *bavarde*, *menteuse* et très *colère*. Elle ne présente pas de stigmates physiques. Le jour de son entrée elle a eu deux débuts de crises qui se sont arrêtées dès qu'on l'a grondée. Elle est sortie 20 jours après sans avoir eu de nouvelle crise.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Simon.)

Bizarrerie de caractère. — Vol et mensonge. — Anesthésie. fugace.

Louise V..., 11 ans.

Le père est bien portant ; la mère très nerveuse, n'aurait eu que deux fois des crises de nerfs, mais éprouve quelquefois la sensation de boule hystérique.

L'enfant, depuis l'âge de 7 ans, a des instincts de vol et de mensonges ; elle se plaint fréquemment de céphalée ; son humeur est bizarre, elle quitte parfois la maison pendant 24 heures.

C'est une enfant très impressionnable, qui pleure facilement.

A l'examen on constate que la pression de l'abdomen est douloureuse ; elle présente de l'anesthésie en plaques plus ou moins symétriques, aux membres et sur le tronc. Cette anesthésie fugace se modifie du jour au lendemain.

La sensibilité spéciale est intacte.

Elle sort au bout de quelques jours sans changement.

La *jalousie* est un symptôme qui n'a guère été signalé par les auteurs qui se sont occupés de l'hystérie infantile.

Les enfants, il est vrai, sont naturellement jaloux les uns des autres, aussi pour que la jalousie puisse être considérée comme un symptôme, il faut qu'elle soit poussée à l'excès, qu'elle soit un état maladif, comme dans le cas qu'il nous a été permis d'observer.

OBSERVATION VII

Hystérie manifestée par une grande jalousie.

Claire M .., 5 ans. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu la rougeole à 2 ans ; depuis ce temps elle est délicate, chétive, sans grand appétit. Depuis la naissance d'un petit frère (un an auparavant), l'enfant est triste, sombre, taciturne, jalouse. Elle se plaint d'avoir souvent mal au ventre, elle a des envies fréquentes de vomir, elle ne mange presque plus et maigrit d'une façon considérable.

Au début de son séjour à l'hôpital, l'enfant est très colère et très agitée, elle ne veut pas qu'on l'examine. Au réfectoire, elle

refuse de manger en compagnie des autres enfants. Elle mange au contraire de bon appétit quand elle est à table avec la sœur ou l'infirmière. Elle boude quand la sœur parle aux autres enfants ; elle est gaie, quand on s'occupe d'elle.

Un jour elle se jette au cou d'un externe qui s'occupait d'une autre fillette. Depuis son entrée, l'état général est devenu meilleur, elle mange bien, et n'a plus envie de vomir.

A côté de la jalousie, fréquente chez les petites filles, il convient de citer chez les petits garçons la *tendance marquée au féminisme*. Plusieurs fois nous avons vu de ces enfants qui se distinguent par une coquetterie exagérée, qui jouent à la poupée, font du crochet et ne manifestent qu'un dégoût presque insurmontable pour les jeux plus bruyants de leurs petits camarades.

Tous ces troubles que nous venons de signaler ne sont pas ordinairement ceux pour lesquels le médecin est consulté, parce qu'en général ils n'impressionnent guère les parents. Il n'en est pas de même pour ceux qu'il nous reste à décrire : terreurs nocturnes, somnambulisme et hallucinations. Voici d'abord quelques exemples de *terreurs nocturnes*.

OBSERVATION VIII

Terreurs nocturnes. — Hérédité nerveuse.

Georges C..., 9 ans.

Le père, actuellement nomade, a eu dans sa jeunesse des terreurs nocturnes jusqu'à l'âge de 20 ans. La mère, migraineuse, a eu 2 ou 3 fois des crises de nerfs ; quand elle est contrariée elle a la sensation de boule à la gorge.

L'enfant a toujours été très craintif et peureux, il pleure très facilement. Depuis 6 jours, toutes les nuits, vers 1 heure du matin, il se réveille en poussant des cris et se plaignant d'une céphalée intense. Cette douleur est lancinante et dure dix minutes environ ; après quoi l'enfant dort d'un sommeil souvent agité. Dans la journée l'enfant se porte bien, mange et joue comme tous les autres.

OBSERVATION IX

Terreurs nocturnes.

R... Louis, 7 ans, né de parents bien portants, n'a jamais été malade.

Depuis un an il maigrit, pâlit, perd l'appétit et devient triste ; il se plaint souvent de maux de dents et de céphalées ; il est sujet à des terreurs nocturnes qui reviennent d'une façon presque périodique pendant 2 ou 3 nuits de suite. Tout à coup pendant son premier sommeil l'enfant s'éveille ; il appelle ses parents, il prétend qu'on veut le tuer. Sa parole est embarrassée. La crise dure une dizaine de minutes et l'enfant revient à lui, ne se souvenant en rien de ce qui s'est passé.

L'enfant reste à l'hôpital sans avoir aucune crise, pendant une douzaine de jours au bout desquels il sort.

OBSERVATION X

Somnambulisme.

C... A..., fillette, 8 ans.

Le père, âgé de 37 ans, est très nerveux. Quand il est émotionné il tremble et pleure facilement, avec des accès d'oppres-

sion passagère. La mère, 30 ans, également nerveuse, a souvent la sensation de boule à la gorge.

L'enfant, fille unique, a eu la rougeole à 5 ans ; elle a subi la même année une amygdalotomie double et un curettage du pharynx pour végétations adénoïdes.

Très impressionnable et très affectueuse, mais très volontaire, elle a toujours été « gâtée » par ses parents. Elle est très intelligente ; elle travaillait bien à l'école, mais elle ne pouvait rester en place ; quand, par pénitence, on la forçait à rester assise, elle s'endormait sur sa chaise.

Depuis un an, son caractère a changé : elle devient oublieuse. Ainsi elle part pour faire une commission, fait quelques pas, puis retourne auprès de sa mère parce qu'elle ne sait plus ce qu'on lui a dit. Mais certains faits, qu'elle oublie, lui reviennent souvent à la mémoire au bout de 3 ou 4 jours.

Il y a 3 mois, pour la première fois, elle a eu des terreurs nocturnes pendant 15 nuits consécutives. Elle se met tout à coup à crier qu'elle a peur, elle voit un homme qui veut l'étrangler, la tuer. Elle descend à bas du lit et va trouver ses parents mais elle ne les reconnaît pas, car plus son père lui parle, plus elle crie. Ces accès reviennent presque toutes les deux nuits, une fois, 2 fois ou 3 fois par nuit, toujours entre minuit et deux heures du matin. L'enfant n'urine jamais au lit ; le matin au réveil elle ne se rappelle rien.

Elle vient à la consultation le 24 novembre : on conseille à la mère de supprimer le vin et le café que l'enfant prenait en grande quantité, et de la soumettre tous les matins à des aspersions froides. 8 jours après, elle revient à l'hôpital. Les terreurs nocturnes ont disparu, mais pendant 3 nuits, entre minuit et 2 heures, l'enfant est descendue de son lit, les yeux ouverts. Elle est allée dans un coin de la chambre, a fait le simulacre de placer un objet en disant : « Je pose ça là » puis elle s'est recouchée. Au réveil elle ne se souvenait de rien. L'enfant reste pendant huit jours à l'hôpital, au bout desquels elle sort sans avoir aucun accès de somnambulisme.

Ces exemples mettent en évidence le caractère distinctif des terreurs nocturnes d'origine hystérique. Elles reviennent avec une périodicité telle qu'on peut préciser les accès suivants, et elles se produisent presque toujours aux mêmes heures, entre minuit et deux heures du matin. Nous ne prétendons pas que ces terreurs nocturnes soient toujours et forcément d'origine hystérique, mais la rapidité de la guérison par la médication psychique (ici le séjour à l'hôpital) prouve que ces terreurs nocturnes ne sont bien souvent que des manifestations de cette névrose.

Dans l'observation précédente nous voyons en outre des accès de *somnambulisme* succéder aux terreurs nocturnes, et guérir de la même façon, preuve d'une étiologie identique. L'observation qui va suivre nous fournira l'exemple d'un symptôme qui n'a pas été signalé, à notre connaissance du moins, dans l'étude de l'hystérie infantile : nous voulons parler des *crises de sommeil*. Le fait est assez intéressant, et l'observation probante mérite d'être rapportée tout au long :

OBSERVATION XI

Crises de sommeil. — Somnambulisme. — Incontinence d'urine. — Hérédité nerveuse. — Pendant ses deux séjours à l'hôpital l'enfant ne présente aucun symptôme.

Léon G..., 10 ans, entre à la clinique le 23 mars 1896.

Le père aurait eu, à l'âge de 8 ans, une crise de somnambulisme et serait habituellement sujet aux maux de tête. La mère est très nerveuse.

L'enfant a eu, à l'âge de 3 ans, une première crise caractérisée par un sommeil profond qui dura un quart d'heure environ et pendant lequel il avait les yeux convulsés et les dents serrées

A l'âge de 7 ans, première crise de sommeil.

Ses parents qui devaient prendre le train à 9 heures du matin n'ont pas pu le réveiller.

Tous les moyens employés, interpellations, aspersions d'eau froide, applications de sinapismes, coups de baguette, n'ont pu tirer de cette véritable léthargie l'enfant qui s'est réveillé spontanément à une heure et demie de l'après-midi.

A l'âge de 8 ans, il a pissé au lit pendant 6 mois. Un soir à 5 heures, l'enfant s'est endormi sur le coin d'une table, la mère l'a deshabillé puis couché, sans avoir pu l'éveiller.

Six semaines avant son entrée, pendant la nuit, vers 4 heures et demi du matin, l'enfant s'est mis à chanter sur tous les airs qu'il connaissait ces quelques mots : « une tartine de fromage ». L'enfant était assis au pied de son lit, les yeux fermés. La mère effrayée ne parvint encore pas à l'éveiller. Au bout d'un certain temps de lutte, il fit quelques mouvements et se trouva tout d'un coup « comme collé le long du bord du lit » sans se servir des mains. Puis il tomba de son lit et se roula à terre, sans qu'on pût le maintenir. Recouché une deuxième fois, il retourna sa paillasse avec une force dont les parents furent étonnés. Puis après avoir jeté dans la chambre traversin et couvertures, il essaya de grimper aux rideaux. De temps en temps, il ouvrait les yeux. Garrotté sur son matelas, il se réveilla enfin à 8 heures sans conserver le souvenir de ce qui s'était passé. Cette crise avait donc duré 3 heures et demie.

Depuis cette époque, tous les trois jours environ, l'enfant sommeille si profondément qu'on ne peut l'éveiller.

Il dort toute la nuit, tranquille, jusqu'à 9 heures du matin, ou plus tard, malgré tous les moyens employés. Quand il s'éveille, il a l'air simplement fatigué.

Dans la journée il est calme, doux, il n'est pas colère, il est intelligent, il joue avec entrain et mange de bon appétit.

Entré à l'hôpital, il ne présente rien d'anormal et sort 6 jours

après. Il revient à la Clinique un an après et voici ce que les parents nous apprennent.

Après sa sortie, il a eu de nouveau une crise au bout de 6 semaines et une seconde au bout de 3 mois, c'est-à-dire en juillet. Il a pissé au lit pendant un mois, puis les crises se sont reproduites tous les 8 jours pendant 4 mois, puis pendant deux mois il a eu une crise tous les matins.

Au réveil, avant de reprendre connaissance, l'enfant se jette à bas du lit, se roule à terre, marche à quatre pattes, court, culbute tout ce qui se trouve sur son passage, et tout cela sans proférer une parole.

Un jour, pendant son sommeil, on l'habille et on le porte en classe où il continue à dormir pendant une heure et demie au milieu de ses camarades.

Un autre jour, il court dans la salle de mairie, voisine de l'école, il échafaude toutes les chaises les unes sur les autres ; il avait les yeux à peine entr'ouverts.

Au fur et à mesure qu'on déplaçait les chaises, il les replaçait.

Pendant son séjour à l'hôpital, l'enfant est soumis aux douches ; il quitta le service au bout d'une quinzaine de jours sans avoir présenté aucun symptôme nerveux.

Il nous reste enfin à signaler un dernier symptôme qui est rare chez l'enfant : les *hallucinations*. Si on excepte les hallucinations qu'on peut provoquer par la suggestion, on voit que, chez l'adulte, les hallucinations ne se rencontrent guère que dans la grande hystérie, l'hystérie grave. Or, celle-ci est rare chez l'enfant, ce qui explique que les hallucinations y soient elles-mêmes peu fréquentes.

OBSERVATION XII

Hallucinations. — Crises de nerfs. — Guérison par l'isolement.

Marie K..., 11 ans, née de parents bien portants, a eu des convulsions à l'âge de 2 ou 3 ans. Elle tombait tout à coup, le jour ou la nuit, chez elle ou dans la rue, les poings serrés, la bouche tordue et les yeux convulsés. La crise durait cinq minutes et l'enfant se réveillait étonnée. Entre temps elle se portait bien, travaillait bien à l'école, mais elle était impressionnable et colère, elle pleurait facilement et pendant long temps.

Quinze jours avant son entrée, étant à l'école, elle poussa un cri et eut une crise convulsive. Les crises se succédèrent depuis tous les jours, presque toutes les heures. Avant de tomber elle appelle sa mère, elle crie au secours, elle voit un homme qui vient la prendre.

Voici ce que l'on a pu observer à l'hôpital : tout à coup l'enfant se met à crier : « Maman, on vient me prendre. » La figure de l'enfant exprime une grande frayeur, elle s'arrache les cheveux, se cache sous les draps, et se réveille étonnée. La crise dure deux ou trois minutes et se répète 5 à 6 fois par jour. La sensibilité générale est intacte, mais l'anesthésie du pharynx est très marquée.

Le nombre des crises diminue et l'enfant sort de l'hôpital 15 jours après son entrée. Trois jours après, elle rentre parce que les crises se sont reproduites. Elles diminuent de plus en plus de fréquence pendant son nouveau séjour, mais le dimanche, quand on la laisse aller chez elle, les crises sont beaucoup plus nombreuses. Elle sort définitivement, après un séjour de 2 mois, n'ayant présenté aucun accident nerveux pendant les 15 derniers jours.

En résumé, les troubles mentaux, que l'on peut trouver comme manifestations de l'hystérie chez l'enfant, sont les suivants :

Curiosité, émotivité, irritabilité, inconstance d'humeur, bizarrerie de caractère, inconséquense capricieuse, « amour-propre hystérique », coquetterie, tendance au féminisme chez les jeunes garçons, terreurs nocturnes, crises de sommeil, hallucinations et somnambulisme.

II. — Troubles digestifs.

Nous étudierons les troubles digestifs en suivant l'ordre anatomique des organes qu'ils intéressent ; ils nous suffira de signaler ici que les plus fréquents sont les spasmes de l'œsophage et la gastralgie, compliquée ou non d'anorexie.

1° *Perversion du goût.* — C'est un symptôme assez rare et qui n'a guère été signalé ; il est exceptionnel d'ailleurs qu'il existe seul, car il ne se montre guère que chez les malades atteints d'hystérie confirmée. Nous nous contenterons donc de rapporter l'observation suivante sans plus de commentaires.

OBSERVATION XIII

Terreurs nocturnes. — Perversion du goût.

Cécile B...., 4 ans.

Son père est rhumatisant. Sa mère très nerveuse ; elle a perdu un frère d'une méningite à l'âge de 6 mois.

Depuis une quinzaine de jours avant son entrée elle a des cauchemars pendant son sommeil plusieurs fois par semaine. Elle dit qu'elle voit des papillons, elle ne veut pas rester dans son lit, elle ne peut dormir sans une lampe à côté d'elle. Elle a perdu l'appétit, elle a même de la perversion du goût ; elle *mange de la terre, de la houille*, elle ramasse *tout ce qu'elle trouve* et le porte à sa bouche. Elle sort au bout de huit jours sans avoir rien présenté d'anormal.

2° *Spasme pharyngien. — Sensation de boule à la gorge.* — Ce phénomène, si important chez l'adulte, ne se rencontre pas chez l'enfant en bas-âge, on ne le trouve guère avant 7 ou 8 ans, mais il devient moins rare, à mesure que l'on considère des hystériques plus âgés.

Voici d'ailleurs, chez deux petites fillettes de 10 ans et de 11 ans, des exemples tirés de la thèse de Fischer (Nancy, 1894).

OBSERVATION XIV

Mathilde M..., 11 ans.

Père nerveux, aurait des crises.

Mère nerveuse.

Depuis 6 mois l'enfant a changé de caractère, elle s'impatiente contre ses frères et sœurs et ne peut entendre de réprimandes de sa mère sans bouder. Elle ne s'applique plus en classe, se met facilement en colère, rit et pleure successivement sans motif ; elle ne peut rester tranquillement assise.

Douleur dans le côté gauche, *sensation de boule* remontant 2 ou 3 fois par jour, régulièrement tous les deux jours. Toux nerveuse. L'enfant s'imagine qu'elle a avalé une pièce de 0,50 c. qui est arrêtée au niveau du pharynx.

Légère douleur à la pression des ovaires. Sensibilité générale intacte. Réflexe du genou exagéré. Acuité visuelle normale.

Huit jours après son entrée à l'hôpital la sensation de boule a disparu.

OBSERVATION XV

Valentine M..., 10 ans.

Mère nerveuse.

Frère a eu des convulsions à 4 ans.

Depuis 2 mois maux de tête et de ventre. *Sensation de boule* à la gorge depuis 8 jours.

Champ visuel rétréci, diminution de la sensibilité. Un peu d'anesthésie du pharynx. Pleure et rit sans motif, se met facilement en colère.

3° *OEsophagisme.* — Il est dû à une contracture de l'œsophage, contracture qui semble d'ailleurs consécutive à l'hypéresthésie d'une région déterminée de ce conduit. Cette contracture peut être telle qu'elle devient un obstacle complet à l'alimentation, mais des faits pareils sont heureusement rares. Il n'est pas exceptionnel non plus que cette contracture se produise après l'ingestion de certains aliments et jamais après celle de certains autres. Témoin la fillette dont nous allons rapporter l'histoire et qui vomissait tout, sauf les carottes crues et les pommes crues.

Des faits analogues doivent faire immédiatement penser à l'absence probable de lésion organique, et donner la quasi-certitude d'une manifestation hystérique.

OBSERVATION XVI

(Publiée par M. Haushalter dans la *Médecine Moderne*, 1891 p. 176. Résumée).

Œsophagisme hystérique produit brusquement à la suite d'une querelle. — Durée, 6 mois. — Guérison brusque.

Louise L..., âgée de 17 ans, habite la campagne ; son père est bien portant, sa mère est nerveuse ; deux sœurs bien portantes.

Louise L... a eu des convulsions au moment de la dentition, la coqueluche à 6 ans. Elle est assez intelligente, vive, travaille bien à l'école.

Au mois de juillet 1890, à la suite d'une querelle avec un gamin du village, elle rentra chez elle, pâle, en larmes, et fort en colère. Au repas suivant, apparurent les phénomènes qu'elle présente actuellement. Depuis ce jour elle ne peut plus avaler : elle rejette tout ce qu'elle mange, liquides ou solides, sauf les *carottes crues* et les *fruits verts*.

Elle a considérablement maigri et pâli, ses forces ont disparu ; elle se plaint de céphalée ; son caractère est devenu bizarre, elle est énervée, impatiente et baille constamment.

Six mois après le début des accidents, elle est amenée à la clinique de M. le professeur Spillmann. L'examen minutieux des organes thoraciques et abdominaux, de la bouche, du pharynx, de l'arrière-gorge ne relève rien de particulier. Il n'existe aucun trouble objectif ou subjectif de la sensibilité générale ou sensorielle, sauf une insensibilité relative du pharynx à la titillation.

Pendant 3 jours on assiste à plusieurs repas de la malade ; son assiette d'un côté et une cuvette de l'autre, Louise L..., après avoir mâché les aliments, tente de les avaler. A ce moment on perçoit une sorte de bruit de hoquet sourd, mais la

déglutition est impossible et la malade finit par rejeter dans la cuvette le bol alimentaire. Par contre, les pommes et les carottes crues sont avalées facilement ; la salive aussi est bien déglutie.

Cependant une petite partie des aliments traversait l'œsophage, puisqu'un jour après avoir absorbé 675 gr. d'aliments solides ou liquides la malade n'en rendit que 615 gr. : 60 gr. avaient donc franchi l'obstacle œsophagien. Les urines sont rares (289 cc. par 24 h.), troubles et denses (1027).

L'enfant désirait beaucoup être guérie et retourner chez ses parents. A son entrée on lui avait promis de la délivrer complètement de son infirmité. Après l'avoir laissée à dessein 3 jours dans l'attente, on lui annonce un matin à la visite qu'on la guérira à 11 heures. On installe l'appareil à suspension, on la soulève de terre pendant quelques secondes, puis quand elle est remise à terre on lui dit : « Tout est remis, tu es guérie. » On apporte à l'enfant un dîner complet ; tout passe sans difficulté.

Louise L... reste encore à l'hôpital pendant 4 jours ; depuis sa guérison son caractère s'est transformé, elle est gaie, avenante, bavarde ; elle joue ; elle travaille ; ses joues se colorent, les forces lui reviennent. La quantité des urines émises le lendemain de la suspension est de 900 cc. Densité 1019.

Cette observation nous montre à quel degré de débilité extrême l'œsophagisme hystérique peut amener les malades. Gilles de la Tourette rapporte même dans son travail sur l'hystérie plusieurs cas mortels de spasmes œsophagiens. Il nous semble également intéressant de résumer une observation de Fouquet (1), où la fermeté du diagnostic arracha pour ainsi dire un enfant à la mort.

(1) Fouquet. — *Etude sur quelques spasmes d'origine hystérique.* Thèse Paris, 1880.

OBSERVATION XVII

X..., âgé de 10 ans, mère très nerveuse. Des vomissements très fréquents amènent l'enfant à un état de débilité complète ; il se produit ensuite une paraplégie presque complète des membres inférieurs. L'enfant est pris alors *brusquement d'œsophagisme tel qu'on doit le nourrir à la sonde pendant 3 mois.*

En présence du caractère féminin de l'enfant qui aimait à se parer et à jouer à des jeux de petite fille, qui était impressionnable à l'excès et pleurait facilement, qui présentait en outre une abolition complète du réflexe pharyngien, on porte le diagnostic d'hystérie.

On isole l'enfant dans un établissement hydrothérapique où on le soumet à des douches froides violentes. *Le lendemain de son entrée il mangeait seul*, remuait les jambes, se levait, et manifestait le désir de rentrer chez ses parents.

La guérison s'est maintenue dans la suite.

4° *Gastralgie.* — La gastralgie est un symptôme souvent accusé par les hystériques, par les petites filles surtout. Ordinairement ces douleurs stomacales sont passagères, et irrégulières dans leur apparition, se produisant indistinctement au réveil, avant ou après les repas.

Dans ces cas la gastralgie est un symptôme d'importance secondaire, qui n'est utile à connaître que pour la confirmation d'un diagnostic. Il est rare en effet que la gastralgie soit assez violente pour conduire à l'anorexie que nous allons étudier à présent.

5° *Anorexie.* — Celle-ci, comme l'a parfaitement établi Sollier (1), peut être le résultat de causes diverses.

(1) Sollier. — *Revue de médecine* (1891).

En premier lieu, l'anorexie peut être due à des causes purement morales. Une petite fille par exemple refuse de manger par coquetterie, crainte de l'embonpoint (comme dans l'observation que nous allons rapporter), ou tout simplement par obstination, et pour le plaisir de voir ses parents s'occuper d'elle et la prier chaque fois qu'on se met à table. L'anorexie, pour ainsi dire voulue au début, s'installe insidieusement, si bien qu'elle devient à un moment donné d'un pronostic très sombre.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Étienne, professeur agrégé).

Anorexie hystérique.

Jeune fille de 14 ans, très grande pour son âge, a toujours été bien portante. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Le 25 novembre 1897, on m'amène cette jeune fille qui depuis plus de 2 mois a perdu l'appétit. L'état général est bon, malgré un amaigrissement assez net. L'examen très minutieux de la malade ne permet de trouver aucune altération organique pouvant expliquer cette anorexie : l'appareil digestif, l'appareil respiratoire sont intacts : pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Mais différents indices vaguement avoués me permettent de comprendre qu'au début, la jeune fille qui avait une tendance accusée à l'embonpoint, a volontairement réduit son alimentation pour se faire maigrir. Actuellement, il ne reste rien de cette intention, mais sur l'anorexie volontaire est venue se greffer une anorexie réelle, d'origine certainement psychique,

pour ainsi dire par persistance inconsciente de l'acte volontaire ancien.

Cet état persiste jusque fin mars, sans que l'appétit ait pu être éveillé par aucun moyen : amers, rhubarbe, cocaïne (qui n'est pas supportée par l'estomac) ; exercices, marche, repos, rien n'aboutit. L'isolement complet n'a pas été accepté. Pendant tout ce temps l'alimentation est à peu près nulle, un biscuit ou quelques gouttes de lait ; il faut supplier l'enfant pendant plusieurs jours pour arriver à lui faire absorber un œuf. L'amaigrissement est devenu extrême : état squelettique des membres et du tronc ; néanmoins il n'existe aucune altération organique appréciable. Le 14 mars, je me décide à imposer le repos au lit, pour réduire au minimum les pertes organiques.

Le 26 mars, la malade est vue en consultation par le professeur agrégé Haushalter qui confirme le diagnostic d'anorexie hystérique.

On conseille encore l'isolement mais on ne réussit à obtenir que le déplacement de l'enfant que la mère promène de pensions en couvents dans les environs de Nancy. Cette thérapeutique incomplète amène cependant une légère reprise de l'alimentation.

L'enfant, que nous avons pu revoir dernièrement, mangeait un peu, après s'être fait beaucoup prier ; l'amaigrissement était moins extraordinaire, encore que très marqué.

L'anorexie proprement dite, qui est la perte du sens de la faim, ne se comprend qu'avec une anesthésie totale du goût et l'anesthésie de l'estomac. Dans ce cas l'anorexie est secondaire, comme elle peut être secondaire aussi à des accidents nerveux provoquant une appréhension. Ainsi l'anorexie peut être secondaire à un spasme œsophagien, ou à une gastralgie par hypéresthésie de la muqueuse stomacale.

6° *Hématémèse.* — L'hématémèse d'origine hystérique est un fait assurément fort discutable, et qu'il ne nous a pas été donné d'observer. Gilles de la Tourette pré-

tend que l'hémorrhagie stomacale est souvent le résultat d'un ulcère rond qu'il considère comme un trouble trophique local de l'hystérie.

La théorie est évidemment ingénieuse, mais la preuve nous paraît difficile à faire ; aussi nous n'y insisterons pas davantage.

7° *Spasmes et paralysie de l'intestin.* — Les spasmes peuvent se manifester par des borborygmes et des coliques. Ces accidents se caractérisent par ce fait qu'ils se présentent en l'absence de toute cause organique et qu'ils revêtent souvent la forme de crises. Quant aux paralysies elles peuvent quelquefois provoquer, par le tympanisme, un accroissement tel du volume du ventre qu'elles font songer, chez l'enfant, à la péritonite tuberculeuse en règle générale et quelquefois aux tumeurs abdominales.

OBSERVATION XIX

Pneumatose simulant la péritonite tuberculeuse. — Guérison.

Jeanne H..., 12 ans, dont le père est très nerveux et la mère bien portante, accuse des maux de tête très fréquents. Depuis plusieurs années elle digère mal, on est obligé de desserrer sa robe après les repas. Ses parents l'amènent à la clinique parce que depuis plusieurs années son ventre a grossi d'une façon démesurée, à tel point que la mère devait accrocher ses jupes après le corset. Il y a quelques mois même le ventre tombait en besace : « On aurait dit une femme enceinte » déclare la mère.

Cette enfant qui habite les Vosges et n'était jamais sortie de son village, est vivement impressionnée par le chemin de fer

qu'elle prend pour la première fois, la vue d'une grande ville, des tramways, et finalement par son entrée à l'hôpital. Le lendemain de son arrivée, on est tout surpris en la découvrant de trouver un ventre de dimensions normales, souple partout ; le foie est normal, les appareils respiratoire, circulatoire et urinaire sont normaux. L'enfant est guérie ; elle reste en observation pendant 10 jours sans présenter aucun autre symptôme.

III. — Troubles phonateurs et respiratoires.

Il n'est pas rare de voir l'hystérie se manifester chez l'enfant par des troubles de la parole. Mais, au début, tout au moins ces troubles sont passagers et résistent encore moins que les autres symptômes à la thérapeutique commune, l'isolement.

Le mutisme et le bégaiement s'observent assez fréquemment à la suite d'émotions vives, de frayeurs en règle générale.

L'observation suivante dont le diagnostic est peut-être discutable, est le seul exemple que nous ayons observé de mutisme hystérique, puis de bégaiement à la suite d'une frayeur.

OBSERVATION XX

Alfred W..., 2 ans 1/2, est un enfant naturel. Son père est très alcoolique. Sans cause connue, l'enfant s'est mis à bégayer subitement il y a trois semaines.

Trois jours après son entrée, il est même resté toute la journée sans prononcer une parole.

Il entre à l'hôpital : le premier jour il parle difficilement, à voix basse, répétant plusieurs fois la même syllabe. Le lendemain il parle très bien.

L'aphonie hystérique se distingue en général de l'aphonie due à une lésion organique parce que le sujet qui en est atteint articule et scande d'une manière exagérée les mots qu'il prononce à voix basse.

Plusieurs auteurs ont insisté sur l'existence de spasmes laryngés inspiratoires et expiratoires, provoquant, dans le premier cas, le *hoquet* et le *reniflement*, dans le second cas, la *toux* et le *renaclement*. Les *aboiements*, les *mugissements*, les *piaulements*, les cris les plus divers, les accès fréquents de *rire* ou plus rares d'*éternuement*, peuvent se présenter avant, pendant ou après les attaques et quelquefois même indépendamment des crises. Les *baillements* qui reviennent dans la journée avec une fréquence telle qu'elle incommode le malade et son entourage, sont parfois, au dire de Isnard, d'origine hystérique.

Mais ces différents symptômes respiratoires sont certainement moins communs que ceux dont il nous reste à parler : la *toux* et la *dyspnée* hystérique.

Nous nous contenterons de dire que la toux et la dyspnée hystérique peuvent simuler la toux et dyspnée des affections les plus diverses. La toux peut être paroxystique ou permanente, éclatante ou rauque, mais elle ne s'accompagne pas de signes stéthoscopiques. La toux peut être indépendante de la dyspnée ; elle se diagnostique alors plus facilement.

La dyspnée peut revêtir les formes les plus diverses,

elle simule parfois l'asthme, d'autres fois la toux respiratoire de Cheyne-Stockes, comme il nous a été donné de l'observer.

OBSERVATION XXI

Pseudo-asthme.

Le père de Henri L..., 10 ans, est alcoolique. Sa mère, nerveuse, est asthmatique. Son grand-père maternel et un de ses frères sont asthmatiques.

L'enfant a eu de l'incontinence d'urine quand il était petit. A l'âge de 5 ans, il a eu la rougeole. C'est un enfant difficile, capricieux, qui se met souvent en colère, frappe du pied et se roule sur le plancher quand on le contrarie.

Depuis un an. il se plaint de temps en temps, en se levant, d'une céphalée qui dure une demi-heure et qui cesse tout à coup. Depuis cinq ou six jours il a des accès d'oppression qui reviennent très fréquemment dans la journée. Toutes les deux ou trois minutes il fait quelques inspirations profondes et bruyantes. Ces phénomènes se dissipent complètement dès son entrée à l'hôpital, et l'examen des organes ne révèle rien de pathologique.

OBSERVATION XXII

Pseudo-asthme nerveux.

Joseph L..., 10 ans, très nerveux et très colère, a un père éthylique et nerveux.

Il y a 5 ou 6 ans il a toussé pendant quelques jours, il a eu de la raucité de la voix. A cette époque déjà il lui arrivait de ne

pouvoir plus respirer pendant quelques minutes et de devenir tout pâle. Il a des céphalées fréquentes. Au milieu d'une leçon, d'un chant, d'un jeu même, l'enfant s'arrête tout à coup : il ne peut plus parler et il devient pâle.

L'enfant passe quelques jours au service sans présenter d'accident.

OBSERVATION XXIII

Dyspnée nerveuse.

Olivier F..., 10 ans. Le père, qui était très nerveux, est mort il y a 4 ans de tuberculose. La mère est très nerveuse ainsi que le frère du petit malade.

A l'âge de 5 ans, l'enfant eut une affection aiguë des voies respiratoires qui dura 15 jours, et, à l'âge de 8 ans, une bronchite qui dura 1 mois.

Depuis un mois la respiration est devenue haletante. Il se plaint de ne pouvoir pas respirer, il demande qu'on ouvre la fenêtre.

L'enfant entre à l'hôpital.

On constate qu'il est bien constitué, gras, rablé. Il n'a pas de fièvre.

L'examen des appareils respiratoire et ciculatoire ne relève rien d'anormal.

Par moments il est pris de crises, sans cyanose, caractérisées par des inspirations rapides, amples, profondes, suivies d'expirations : le tout simulant le type respiratoire de Cheyne-Stockes.

Au bout de quelques jours ce symptôme ne se montre plus que le soir à la contre visite, si on réveille l'enfant Quelques enveloppements humides suffisent à faire disparaître cet accident.

L'hémoptysie hystérique, discutable chez l'adulte, nous paraît plus problématique encore chez l'enfant. Parmi les auteurs qui l'ont admise, Gilles de la Tourette au premier rang croit à l'existence d'hémoptysie hystérique avec fièvre.

Le diagnostic, dans ce cas, nous paraît difficile à faire, et comme il ne nous a jamais été donné d'observer des faits de ce genre chez l'enfant, nous ne nous y arrêterons pas davantage.

IV. — Troubles circulatoires.

Dans cet ordre d'idées, les troubles les plus fréquents sont assurément les *troubles vaso-moteurs* caractérisés par des alternatives de rougeur et de pâleur, de la face en particulier.

Les *syncopes*, depuis la simple pâmoison jusqu'à la perte de connaissance complète, peuvent relever de l'hystérie et se montrer alors par crises périodiques.

On a signalé à l'auscultation du cœur des *intermittences cardiaques* ou de la *tachycardie* qui se traduit subjectivement par des palpitations.

Nous n'avons pas trouvé au service des enfants d'observation de ce genre.

V. — Troubles sécrétoires.

Les troubles sécrétoires sont rares chez l'enfant, et quand on les rencontre ils n'intéressent guère que deux appareils : la peau et le rein.

On a cité des cas de *sueurs localisées* ou généralisées, dans la collection des observations du service des enfants nous n'avons pas trouvé un seul cas d'hyperhydrose de cette nature.

Les modifications de la sécrétion urinaire se traduisent par quatre symptômes principaux : l'augmentation ou la diminution des urines, la rétention ou l'incontinence. *L'incontinence* d'urine, l'incontinence nocturne est un stigmate très fréquent de l'hérédité nerveuse, que nous avons d'ailleurs retrouvé dans un grand nombre des observations que nous avons relatées. Quelle que soit d'ailleurs la cause provocatrice que l'on puisse invoquer (existence du phimosis, d'une hypertrophie amygdalienne) l'incontinence d'urine apparaît comme « un stigmate bénin de l'hérédité nerveuse et psychique (1) ». La rétention au contraire ne semble guère exister chez l'enfant puisque nous n'en avons pas trouvé d'observations dans les ouvrages classiques que nous avons consultés à ce sujet.

De même si l'oligurie et l'anurie hystériques, encore sujettes à caution chez l'adulte, sont inconnues dans l'enfance, la polyurie se voit quelquefois, et l'observation que nous allons rapporter en est un exemple probant. D'ailleurs la variation dans la quantité des urines est corrélative de la quantité de boissons ingérée ; celle-ci, d'ailleurs, dépend en général de la sensation plus ou moins vive de soif que ressent le sujet.

(1) L. Gunion. — De quelques troubles urinaires de l'enfance. Névroses urinaires de l'enfance. *Thèse*, *Paris*, 1888-89.

OBSERVATION XXIV

(Publiée par M. Haushalter dans les *Annales de Méd. et de Chirurgie Infantiles*. Juillet 1898).

Polyvrie insipide. — Amélioration considérable par un entraînement progressif.

Berthe L...., 6 ans. Son père est mort d'accident, sa mère est bien portante; 8 frères et sœurs morts de convulsions.

Élevée au biberon, elle a eu de la gastro-entérite à 8 mois et la coqueluche à 2 ans.

A l'âge de 3 ans, elle passa une partie de l'été à jouer dans le lit de son beau-père qui était à cette époque phtisique au dernier degré. A ce moment elle se mit à tousser, elle maigrit, elle eut de la fièvre, au dire de la mère, pendant plusieurs mois. Un médecin prescrivit à l'enfant du vin créosoté, dont elle prit pendant plusieurs mois. C'est de cette époque que date la soif vive pour laquelle elle est amenée à l'hôpital; elle absorbe, dit la mère, 3 à 6 litres de liquide par jour, elle se relève la nuit pour boire. D'ailleurs elle mange peu, ne se plaint ni de fatigue, ni de céphalée, ni de prurit.

État actuel en janvier 1898. — Enfant bien constituée, assez grosse, colorée; poids 16 kilog. 1/2. Peau sèche, langue blanche, pas d'hypertrophie du foie. Appareils respiratoire et circulatoire normaux.

Intelligente, vive, nerveuse, menteuse ; caractère difficile, fantasque, capricieux.

L'enfant demeure en observation jusqu'au 14 février sans être soumise à aucun traitement.

Le 18 janvier, jour de son entrée à l'hôpital, elle boit 3 litres 1/2 de liquide, lait ou eau.

Le 19, 6 litres d'eau et 1/2 litre de café au lait.

Les urines du 19 au 20 sont de 5 litres 100 ; densité 1006.

Le 20, l'enfant boit moins ; urines du 20 au 21 = 2500 cc. D. = 1007.

Le 22, elle boit 3 litres de liquide, lait ou eau.

Urines du 22 au 23 = 2500. D = 1009.

Pendant les 6 jours suivants, on ne place plus de liquide à la disposition de l'enfant ; mais plusieurs fois par jour on la surprend en train de boire gouluement, la bouche à un robinet placé dans les cabinets d'aisance. Pendant ces 6 jours la quantité des urines varie de 1800 à 2000 cc. Le 30, elles atteignent 3500 cc.

Pendant 2 jours on place à la portée de l'enfant, près de son lit, 2 grandes cruches d'eau et un verre ; les urines atteignent pendant 2 jours de suite 6 litres par 24 heures avec une densité de 1005.

Le 1er février, l'enfant est mise au régime de boisson des autres enfants ; mais elle use d'une foule de subterfuges pour arriver à boire ; elle est triste, ne dort pas la nuit ; s'est levée plusieurs fois, a fait le tour de la salle pour chercher à boire.

Les urines des 24 heures sont de 2 litres avec 1009 de densité.

L'enfant est de plus en plus surveillée au point de vue de la boisson : mais malgré tout, elle arrive encore à s'échapper et à ouvrir un robinet pendant quelques jours.

Le 3 et le 4 février, les urines restent aux environs de 3 litres ; le 5, elles atteignent 2 litres ; l'enfant est moins gaie, pleure souvent par crises.

Le 7, elle a une colère furieuse qui dure 3 heures ; elle se déshabille, reste nue à hurler, trépigne, déchire ses vêtements, frappe, mord les autres enfants, traite la religieuse de la salle de « vache, p.... », dit que sa mère viendra tuer tout le monde avec un couteau.

Les jours suivants, son humeur devient plus égale, elle ne cherche plus à boire, mange bien, elle est gaie et joue. Les urines du 8 au 14 février sont par 24 heures de 1 litre avec une densité de 1010 en moyenne. Pendant tout ce temps on persuade à l'enfant de ne pas boire plus que ses petites camarades de salle. Elle est remmenée par sa mère le 15 février.

Pendant son séjour à l'hôpital, la moyenne des urines rendues quotidiennement par l'enfant fut de 2144 cc. avec un maximum de 6 litres, deux fois atteint, et un minimum de 1 litre plusieurs fois constaté. Or, Carron de la Carrière admet que, pour une enfant de 16 kilog., poids de notre malade, la quantité des urines doit être de 445 cc. ; tandis que Kamerer estime qu'une fillette de 6 ans émet environ 800 cc. ; si donc nous prenons la moyenne des chiffres indiqués par ces deux auteurs, nous voyons que l'enfant urinait en moyenne 3 fois plus qu'un enfant de son âge.

L'urine ne renfermait pas trace de sucre. La quantité moyenne d'urée calculée d'après 3 analyses de M. le professeur agrégé Guérin, était pour les 24 heures de 12 gr. 3 (normalement 9 gr. 75 d'après Carron de la Carrière et 14 gr. à 15 gr. d'après Kamerer).

Bien qu'il n'y ait eu ni glycosurie, ni azoturie, il semble que le taux de l'urée, de l'acide urique, de l'acide phosphorique et des chlorures des urines ait été en moyenne un peu supérieur à la normale, bien que l'appétit fût modéré.

Aucune raison ne permet de rattacher cette polyurie à une cause organique. Or notre malade appartient à une souche nerveuse, puisqu'elle a perdu 8 frères et sœurs, en bas-âge, de convulsions.

La polyurie paraît avoir été la conséquence d'une *habitude de boire*, que l'enfant contracta quand elle prit du vin créosoté, et qui persista après la suppression du médicament. La quantité de liquide absorbée et d'urine émise par la petite malade était subordonnée à la quantité de liquide que l'enfant avait à sa disposition ; elle buvait d'autant plus qu'on interrompait jeux et bavardage.

Trois mois après sa sortie de l'hôpital, on apprend qu'elle continue à boire beaucoup moins qu'avant son séjour à la clinique, et, tout en urinant un peu plus que les enfants de son âge, elle urine bien moins qu'autrefois.

VI. — Troubles sensitifs.

Les troubles de la sensibilité sont plus rares chez l'enfant que chez l'adulte, ils sont aussi plus difficiles à percevoir et à mettre en évidence.

L'enfant, même sain, est naturellement suggestible à un point tel que ses réponses varient suivant la formule de l'interrogation.

Les phénomènes d'anesthésie ou d'hypéresthésie objectivement constatés sont les seuls qui puissent avoir une réelle valeur.

I. *Anesthésie*. — L'anesthésie est plus rare que l'hypéresthésie ; des plaques d'anesthésie cutanée alternent quelquefois avec des régions hypéresthésiées, mais l'anesthésie étendue à tout un segment de membre est un fait exceptionnel. L'anesthésie du pharynx, considérée comme un stigmate de l'hystérie chez l'adulte, augmente de fréquence à mesure que l'on considère des enfants plus âgés.

II. *Hypéresthésie*. — Celle-ci est, au contraire, très fréquente. Elle peut être cutanée.

Si, coïncidant avec une contracture musculaire, elle siège dans le voisinage d'une articulation, elle simule à s'y méprendre l'arthrite quelle qu'elle soit. Elle peut siéger dans les muscles ou les articulations : d'où les noms de *myalgie* et d'*arthralgie*. L'*ovarialgie* et la *rachialgie* sont des hypéresthésies encore plus fréquentes.

L'hypéresthésie de la muqueuse digestive amène

quelquefois des accidents de *gastralgie* ou d'*œsophagisme* très sérieux, et que nous avons déjà indiqués en étudiant les troubles digestifs.

Au cuir chevelu, l'hypéresthésie cause la *céphalée.*

Cette céphalée présente souvent un ensemble de caractères : brusquerie du début, retour périodique des accès, crise terminale qui en font facilement pressentir l'étiologie et le diagnostic.

L'observatien suivante en est un exemple suffisamment net :

OBSERVATION XXV

Céphalée hystérique.

La nommée Marie P..., âgée de 9 ans, se plaint, depuis deux mois, tous les jours, plusieurs fois par jour d'une céphalée violente qu'elle localise à la région frontale. Tout d'un coup, pendant la classe, au milieu d'un repas, ou en jouant, elle se sauve à l'écart se tenant la tête avec les mains, puis elle se met à pleurer.

La crise dure quatre ou cinq minutes. Elle présente d'ailleurs des zones d'anesthésie fugace. On lui traverse la peau avec une épingle sans qu'elle réagisse.

Trois jours après son entrée à l'hôpital, la céphalée a complètement disparu et ne s'est pas reproduite.

Limitée à une région restreinte du cuir chevelu, avec des irradiations douloureuses, la céphalée hystérique devient le *clou hystérique.*

Si, grâce à la coïncidence d'une autre affection fébrile ou à l'existence plus ou moins prouvée d'une fièvre

hystérique, les symptômes de fièvre, vomissements et constipation, se superposent à la céphalée, on a alors les signes d'une méningite, comme dans l'exemple suivant :

OBSERVATION XXVI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Etienne, professeur agrégé).

Pseudo-méningite hystérique.

Enfant de 12 ans ayant grandi d'une façon absolument exagérée.

Père arthritique, goutteux ; mère très nerveuse ayant un tic de la paupière supérieure droite.

Un frère est mort de méningite ; un cousin-germain de tuberculose pulmonaire.

L'enfant a toujours été bien portant, mais il est actuellement soumis à un surmenage physique relatif et à un surmenage intellectuel et moral réel, par son travail de classe augmenté de la préparation immédiate à une cérémonie religieuse dont l'approche l'occupe très vivement.

Depuis une quinzaine de jours, l'appétit a disparu, l'enfant devient morne et ne joue plus.

Le 25 mai 1894, il se plaint de céphalée frontale, de vertige, de fatigue.

Il n'a pas eu de vomissements ni de constipation. — Apyrexie.

Le 26 mai, même état ; courbature, sensation de brisement ; raie dermographique. Dans la nuit céphalée très intense, état de vertige.

Le 27, douleurs vagues dans l'abdomen ; le caractère est demeuré absolument morose, l'enfant répond à peine aux questions. — Apyrexie.

Le 28 au matin : T. 38°4. P. 84. Anorexie. Pas de selle depuis deux jours.

Le 29 : T. 38°4. Agitation, céphalée intense, nausées sans vomissements, une selle obtenue par administration de calomel.

Le 30, les craintes d'une méningite prenait plus réellement corps, lorsque, dans l'après-midi, l'enfant se lève tout à coup de son lit, et se déclare une crise de grande hystérie avec cris, émission de bruits laryngés, course à travers l'appartement, l'enfant brisant tout ce qui lui tombe sous la main.

Le lendemain, la température est normale, tous les accidents premonitoires ont disparu, mais une nouvelle crise apparaît.

Dans la suite les crises se renouvellent très fréquemment ; le caractère de l'enfant a changé et est devenu très méchant ; mais l'appétit reparaît.

Cet état persiste jusqu'à la fin de juillet. A ce moment on a recours a la suggestion hypnotique qui enraie immédiatement les crises, puis, en une quinzaine de jours, tout rentre dans l'ordre.

Le jeune homme a aujourd'hui 16 ans ; il est démesurément grand pour son âge, très nerveux, très impressionnable, mais les accidents ne se sont pas renouvelés.

Quant aux troubles de sensibilité spéciale, ils paraissent peu fréquents chez l'enfant, on n'observe guère que des troubles de la vision. Ils consistent en *amblyopie*, *dyschromatopsie*, *amaurose* et *rétrécissement du champ visuel*.

Il est, d'ailleurs, difficile de se rendre un compte exact de leur existence. L'amaurose n'est qu'exceptionnellement le premier symptôme de l'hystérie chez l'enfant ; cependant il nous a été donné d'en observer un cas à la clinique de M. le professeur Spillmann, et ce cas mérite, pour sa rareté, d'être relaté ici.

OBSERVATION XXVII

Due à l'obligeance de M. le professeur Spillmann.

Marie P.., treize ans et demi, entre à l'hôpital le 15 juin 1899. Le père, âgé de 44 ans, est bien portant, mais éthylique depuis 3 ans. La mère est bien portante, une tante maternelle de l'enfant est très nerveuse, irascible.

L'enfant n'a jamais eu de maladies infectieuses. Il y a deux ans elle a été traitée pendant sept semaines à la clinique ophthalmologique pour une cécité complète. Elle en est sortie guérie.

Elle n'a jamais eu de crises de nerfs, mais depuis un an elle accuse une sensation de boule à la gorge.

Depuis 4 mois environ elle se plaint de temps à autre de douleurs dans les jambes. Il lui arrivait de ne pouvoir pas marcher pendant deux ou trois jours.

Depuis trois semaines elle prétend qu'elle ne peut plus marcher ni voir clair.

Etat actuel. — La malade est amaigrie et pâle ; la langue est blanche ; depuis trois semaines elle n'a pris que du bouillon parce qu'elle accuse une sensation de douleur à l'estomac.

Elle est paraplégiée. Si on soulève une jambe au-dessus du plan du lit elle la maintient en contracture pendant près d'un quart d'heure dans la situation où on la place.

Les réflexes sont normaux sauf le réflexe pharyngien qui est aboli.

Elle présente sur toute la surface cutanée une hypéresthésie telle qu'elle crie quand on la touche.

Elle prétend qu'elle ne voit pas clair, elle a de l'anesthésie totale de la conjonctive, mais le réflexe lumineux est conservé.

Les autres appareils sont normaux.

On prescrit des pratiques hydrothérapiques. Après deux enveloppements froids l'enfant peut se tenir debout, et après avoir pris un bain elle peut marcher et mange avec appétit.

En même temps la malade dit qu'elle voit clair, mais elle accuse de la diplopie. L'examen de l'œil fait à ce moment montre un rétrécissemement considérable du champ visuel.

L'hypéresthésie cutanée a fait place à de l'anesthésie.

L'examen des urines montre une diminution considérable de l'urée et des chlorures.

Les différents symptômes vont en s'amendant graduellement ; quelques jours après son entrée l'enfant se promène dans le service et soit enfin complètement guérie.

VII. — Troubles de la motilité.

Les troubles de la motilité débutent généralement d'une manière brusque ; à la suite d'une émotion vive par exemple, d'un traumatisme accidentel ou chirurgical. Ils consistent en contractures, paralysies et tremblements.

I. *Contractures.* — Elles sont rarement généralisées, ou bien alors elles procèdent par crises, passant pour ainsi dire d'un membre à l'autre. Dans ce cas, il est vrai, on constate souvent que la contracture occupe successivement les quatre membres, mais n'en occupe qu'un à la fois.

Au membre supérieur le type habituel de la contracture est la flexion, au membre inférieur c'est plutôt l'extension.

Elle peut affecter la forme hémiplégique ou paraplégique, mais très rarement ; la forme monoplégique est de beaucoup la plus fréquente. L'observation suivante en est un bel exemple.

OBSERVATION XXVIII

Crises convulsives. — Monoplégies. — Spasmes du pharynx. Guérison par suggestion médicamenteuse.

Jeanne R..., 11 ans, entre le 19 juin 1897. Le père et la mère ne présentent aucun antécédent nerveux ni éthylique. L'enfant n'a jamais eu de maladie grave ; elle allait à l'école, travaillait bien, mais s'énervait facilement et oubliait vite ce qu'elle avait appris. Elle rêvait quelquefois tout haut en dormant.

Un soir, elle eut peur, la nuit, d'un homme caché derrière un arbre. Elle se réfugia chez des personnes qui la ramenèrent toute tremblante à sa famille, et ce n'est que trois mois après, qu'un dimanche, à une heure de l'après-midi, elle eut sa première crise.

Sortant de table, elle se met à crier tout d'un coup, elle se débat, elle arrache ses vêtements ; elle revient à elle, puis pendant deux ou trois mois elle a trois ou quatre crises par jour. Ces crises, toujours à peu près les mêmes, sont caractérisées par les cris qu'elle pousse, tout d'abord, et par une série de grands mouvements qui durent un quart d'heure ou une heure. Chaque crise s'accompagne de paralysie de l'un des membres et cette paralysie persiste après la crise. C'est ainsi qu'elle a eu successivement des paralysies de la jambe droite, puis du bras droit, de la jambe gauche puis du bras gauche.

Quand elle est venue à la consultation, la jambe droite est paralysée depuis 15 jours à la suite d'une crise. Elle a eu depuis la veille cinq crises caractérisées par des mouvements de déglutition à vide, avec spasme du diaphragme ; ces mouvements sont analogues au hoquet ou mieux aux contractions qui précèdent ordinairement le vomissement. L'enfant qui est portée par son père ne peut marcher. Quand on la met debout, le

membre inférieur droit ne pose sur le sol que par la pointe du pied. Mais au lit l'enfant remue facilement la jambe, il n'y a pas de raideur, ni d'exagération des réflexes.

On fait prendre à l'enfant un verre d'eau colorée par le bleu de méthylène en la persuadant qu'elle va guérir. Le lendemain à la visite elle marche et court facilement.

Cette forme monoplégique habituelle peut en imposer pour des affections chirurgicales variées : la contracture d'un membre inférieur faisant croire à une *coxalgie*, la contracture du pied à un *pied-bot*. D'autres groupes musculaires peuvent également par leur contraction donner la *scoliose, le mal de Pott ou le torticolis*. Et l'on peut d'autant mieux penser à la coxalgie ou au pied-bot, qu'un temps suffisamment prolongé d'immobilisation amène forcément une certaine atrophie musculaire autour de l'articulation incriminée. L'observation que nous allons reproduire est d'ailleurs des plus instructives à ce sujet :

OBSERVATION XXIX

(Publiée par M. Haushalter dans la *Rev. méd. de l'Est*, 1889, page 234.)

Contracture hystérique du membre inférieur gauche chez une fillette de 13 ans.

Rose F..., 13 ans. Père et mère bien portants, pas nerveux. A 5 ans, elle a eu la fièvre typhoïde.

A 10 ans, elle commence à se plaindre de douleurs dans le genou gauche et à boîter légèrement ; quelque temps après se développent du même côté des symptômes d'une coxalgie pour

laquelle elle entre au commencement de 1887 dans le service de M. le professeur Heydenreich ; le membre malade est placé dans un appareil. L'enfant sort au bout de 3 mois et rentre quelque temps après dans le service de M. le professeur Gross ; la jambe gauche est replacée dans un appareil plâtré, et soumise à la traction. Durant son second séjour à l'hôpital, afin d'examiner plus à l'aise l'articulation malade, on soumet à deux reprises l'enfant à la chloroformisation. A peine a-t-elle respiré quelques bouffées de chloroforme, que l'on voit la raideur du membre disparaître et l'articulation de la hanche devenir parfaitement libre ; après chloroformisation le membre est renfermé de nouveau dans un appareil plâtré.

En février 1888, Rose F... quitte l'hôpital avec son appareil plâtré et ses symptômes de coxalgie. A peine rentrée dans sa famille, elle est prise d'une série de crises convulsives, qui se répètent plusieurs fois par jour ; l'enfant devient absolument raide, et de temps en temps de petites convulsions cloniques interrompent cet état de contracture. Chaque crise dure environ un quart d'heure. Dans l'intervalle des crises, l'intelligence est nette, mais l'enfant se plaint de céphalalgie frontale ; elle perd l'appétit, elle maigrit ; bientôt surviennent des vomissements et de la constipation : on redoute une *méningite tuberculeuse*.

A son entrée au service de M. le professeur Spillmann la température axillaire est de 38°, le pouls petit et rapide à 110 ; le ventre rétracté. A la visite du matin, on la trouve dans un état de raideur musculaire généralisée. Ce n'est qu'à grande peine et en arrachant des cris de douleur à la malade, qu'on parvient à l'asseoir, à fléchir très légèrement les bras et la jambe droite. Quand au membre inférieur gauche, il présente tous les signes classiques de la coxalgie : abaissement de l'épine iliaque antéro-supérieure, rotation de la cuisse en avant, le pied tourné en dedans repose sur le plan du lit par son bord interne. Pas de troubles sensitifs ou sensoriels. L'enfant continue à vomir tout ce qu'elle prend.

Soupçonnant fortement la nature hystérique des accidents présentés par la petite malade, on se contente de la mettre en observation.

Le lendemain, on apprend que depuis la visite de la veille Rose F... a eu une série de crises convulsives. Au moment de la crise, elle pousse un cri, puis elle est prise de mouvements convulsifs qui occupent successivement les bras, puis la jambe droite ; les yeux sont convulsés en haut. Dans l'intervalle des crises la raideur musculaire persiste. Température normale.

Le lendemain, les convulsions diminuent de fréquence, la raideur musculaire a disparu ; les vomissements cessent. Tout rentre dans l'ordre, sauf le membre inférieur gauche.

Pendant 10 à 15 jours, on s'évertue à affirmer à la malade que sa guérison est possible. On commence par lui commander avec insistance de remuer le pied, elle commence par pleurer, puis au bout de 10 minutes elle fléchit les orteils. Au bout de 4 ou 5 jours le pied et le genou ont repris leur position normale, le pied exécute tous les mouvements ; au bout de 8 jours le genou a recouvré toute sa mobilité, l'articulation de la hanche conserve encore sa fixité. On fait mettre la malade à terre et on ne lui permet de se remettre au lit qu'après avoir fait quelques pas, soutenue par des aides. La sœur du service venant au secours de ces tentatives suggestives, promet à la petite malade une robe neuve, si dans 8 jours elle fait seule le tour de la salle. Dès lors, tous les matins, pendant la visite, Rose F..., appuyée sur une chaise, marche autour de son lit en immobilisant encore sa hanche gauche et en traînant la jambe ; bientôt elle fait sans chaise le tour de son lit. Quinze jours environ après la première suggestion, Rose F... trottait dans la salle, servant les malades, nettoyant, frottant, grimpant sur les meubles pour épousseter, à peine persistait-il une très légère claudication à gauche ; cette claudication disparut elle-même bientôt complètement et Rose F... quitte l'hôpital ne conservant aucune trace de son ancienne déformation de la jambe, ne présentant aucun signe d'hystérie.

Dans cette classe des contractures nous ferons figurer également le *blépharospasme* et les *tics*. Nous ne prétendons évidemment pas que tous les tics soient d'origine

hystérique, mais il est certain que l'élément psychique, s'il n'en est pas la cause unique, est souvent un facteur important, et c'est à ce titre que nous rapportons l'observation suivante :

OBSERVATION XXX

Tic facial. — Hérédité nerveuse. — Amélioration par l'isolement.

Fernand M..., 11 ans, enfant naturel. Le père est bien portant. La mère, cardiaque, à des crises de nerfs depuis l'âge de 12 ans.

A l'âge de 3 ans, l'enfant a eu une crise. Etant à table, il est tombé et a eu des mouvements convulsifs de la face, du membre supérieur et du membre inférieur gauches. Cette crise aurait duré 5 heures.

Six mois après, il aurait eu une seconde crise analogue à la première.

Cet enfant est bien portant, intelligent, mais nerveux, colère, agité la nuit ; se plaint d'une dyspnée presque constante. Il est amené à la consultation à cause d'un tic facial qu'il a depuis un an.

On constate en effet une série de mouvements convulsifs de la face, rapides, irréguliers et discontinus.

Le malade contracte simultanément tous les muscles de la bouche, du nez ou des yeux. Tantôt il rapproche le nez des lèvres en forme de museau pointu, tantôt il contracte isolément les muscles péribuccaux, faisant saillir la lèvre supérieure et tirant en haut la commissure ; puis ce sont les muscles périorbitaires ou les muscles du nez dont la contraction provoque la dilatation ou l'élévation des narines. Ces mouvements divers augmentent d'amplitude et de fréquence à l'occasion de certains

mouvements : quand l'enfant mange, par exemple. Cependant ils n'entravent pas l'alimentation.

Au bout d'une quinzaine de jours après son entrée à l'hôpital, les mouvements convulsifs ont beaucoup diminué de fréquence. L'enfant peut lire sans en avoir ; il en a encore quelques-uns quand il mange.

2. *Paralysies.* — La paralysie se rencontre aussi fréquemment que la contracture, avec laquelle il n'est d'ailleurs pas rare de la voir alterner. La forme hémiplégique est rare, la forme monoplégique est plus fréquente, mais *la paraplégie, l'astasie-abasie* est évidemment l'une des formes les plus communes. Elle s'accompagne ordinairement de troubles de la sensibilité, anesthésie ou hypéresthésie, disséminés d'une façon quelconque, mais les troubles de la sensibilité peuvent faire complètement défaut, comme dans l'observation que nous allons résumer.

OBSERVATION XXXI

Pseudo-méningite hystérique. — Astasie-abasie consécutive. — Guérison par suggestion.

Martial V..., 9 ans, a un père éthylique et une mère nerveuse, très impressionnable.

Au mois de février, il tombe sur la glace et rentre chez lui accusant un léger mal de tête. Trois jours après, il est pris d'une violente céphalée, avec fièvre et vomissements.

Le médecin appelé diagnostique une méningite et prescrit l'application d'une vessie de glace sur la tête.

Cette maladie dura six semaines, au bout desquelles l'enfant dut se servir d'une canne pour marcher.

Quand il entre au service, près de 4 mois après son accident, l'enfant ne peut faire un pas sans sa canne, mais il peut avec elle faire une course très longue.

C'est un enfant bien constitué, dont la musculature est bien développée et l'intelligence au-dessus de la moyenne. Les sensibilités générale et spéciale sont normales, les réflexes un peu exagérés. L'enfant mange de bon appétit et dort bien.

Quand on lui prend sa canne, l'enfant fait de grandes enjambées, le corps penché en avant, se soutenant à tous les meubles pour éviter de tomber.

Avec sa canne il marche et court facilement. Il marche normalement quand on lui donne le bras et continue à marcher si on le lâche insensiblement : quand il s'en aperçoit, les troubles de la marche reparaissent.

Par un entraînement progressif, en soutenant le petit malade de moins en moins, en le faisant compter à haute voix, la guérison complète est obtenue au bout de 15 jours.

3. Tremblements. — Le tremblement hystérique est considéré par les auteurs comme une rareté. Dutil (1), qui a étudié ce tremblement dans sa thèse inaugurale, ne rapporte que des observations d'adultes. Le professeur Bezy (2), qui s'est particulièrement occupé de l'hystérie infantile, déclare : « Le tremblement hystérique existe, quoique rare, chez l'enfant. » Le caractère principal de ce tremblement est le *polymorphisme*, qui peut lui faire simuler les maladies les plus diverses à tremblement. Il est à remarquer aussi que son *début* est généralement *brusque*.

Nous avons eu la bonne fortune d'en observer deux cas, que nous allons relater.

(1) Dutil. — Contribution à l'étude des tremblements hystériques, *Thèse Paris*, 1890-1891.

(2) P. Bezy. — Formes de l'hystérie infantile, *Gaz. hebd.*, 1897.

OBSERVATION XXXII

Tremblement hystérique d'origine émotionnelle. — Guérison par suggestion. — Aphonie cinq jours après. — Guérison. — Hérédité nerveuse.

Léon P..., 11 ans 1/2, entre à la clinique le 19 décembre 1896.

Son père est bien portant, sa mère est nerveuse et tremble facilement à la moindre émotion.

A l'âge de 6 ans, l'enfant a eu des convulsions qui ont duré 15 jours, puis une affection aiguë des voies respiratoires, à la suite de laquelle il a toussé pendant un an.

Il y a deux ans, il ressentit dans les bras et les jambes des douleurs qui l'obligèrent à tenir le lit. Ces douleurs furent diagnostiquées rhumatisme et durèrent un mois et demi.

Au mois de septembre 1896, il fut pris pendant trois semaines d'un tremblement du bras gauche sans cause connue.

Il serait habituellement sujet aux terreurs nocturnes.

Le 20 novembre, dans la soirée, un ivrogne, auquel ses parents (qui sont cabaretiers) refusent à boire, casse les vitres. L'enfant, réveillé en sursaut, se lève et descend, à peine habillé, *en tremblant*. A peine l'enfant est-il recouché que l'ivrogne recommence : l'enfant se lève de nouveau en tremblant. Le lendemain il tremblait du bras gauche seulement, deux jours après des deux bras.

L'enfant peut s'habiller, mais il ne peut plus écrire. Le tremblement cesse au lit.

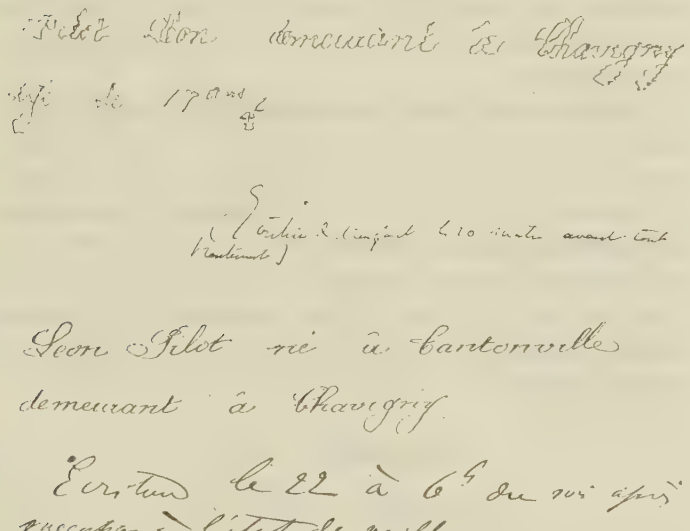
A l'examen, cet enfant est bien constitué, la musculature est bien développée. Le sens musculaire est conservé. Au dynamomètre, la main droite et la main gauche donnent 25.

Le tremblement existe dans les deux membres supérieurs ; la face et les membres inférieurs sont indemnes. Il est le même dans les deux bras.

Tout le membre supérieur est animé de mouvements oscillatoires, rythmiques, d'amplitude assez grande et au nombre de 128 environ par minute. Ces oscillations semblent exister principalement dans les muscles du bras et plus particulièrement dans les muscles péri-scapulaires. Il ne paraît pas qu'il y ait de mouvement propre de l'avant-bras ni des mains. En un mot, ce tremblement se rapproche de celui de la paralysie agitante, avec cette différence qu'il n'est pas localisé aux extrémités.

L'amplitude et le nombre des oscillations augmentent à l'occasion d'un mouvement intentionnel, par exemple quand on dit à l'enfant de porter le doigt à son nez. Quand on le fait boire, il saisit le verre à deux mains, rapidement, et verse une certaine quantité de liquide.

L'écriture de l'enfant est tellement tremblée qu'elle est illisible.



Les réflexes sont conservés, non exagérés. Seule la sensibilité du voile du palais est obtuse.

Les appareils digestif, respiratoire et circulatoire sont normaux.

Trois jours après son entrée, l'enfant écrit bien, il ne tremble plus. A peine existe-t-il à l'état de repos quelques oscillations peu appréciables qui disparaissent également. L'enfant sort guéri, cinq jours après son entrée.

Le lendemain de sa sortie, il se plaint d'avoir « mal aux jambes ». Le surlendemain, il se met à trembler en mangeant. Le père le gronde et l'enfant, en buvant, avale de travers. Il tousse et « manque d'étouffer », dit la mère. La crise passée, il ne pouvait plus parler. L'aphonie persiste les jours suivants, en même temps que se produisent des crises d'étouffement et de toux.

Il rentre au service cinq jours après sa sortie, et l'on constate alors que ces crises sont constituées par une série d'expirations successives, rappelant la quinte de coqueluche, moins le bruit inspiratoire et le spasme du larynx. La crise est précédée d'une sensation de chatouillement laryngé ; elle ne s'accompagne pas de vomissements.

L'enfant ne tremble plus, mais sa parole est entrecoupée, haletante, brève, saccadée, entrecoupée par de courtes inspirations.

Comme traitement, on a recours à l'électricité comme moyen de suggestion. On place un pôle sur le cou, l'autre sur la bouche, en lui répétant qu'il guérira.

Au bout de 6 à 7 jours, les crises diminuent, et au bout de 8 jours disparaissent. L'enfant parle bien et sort complètement guéri le 18 janvier.

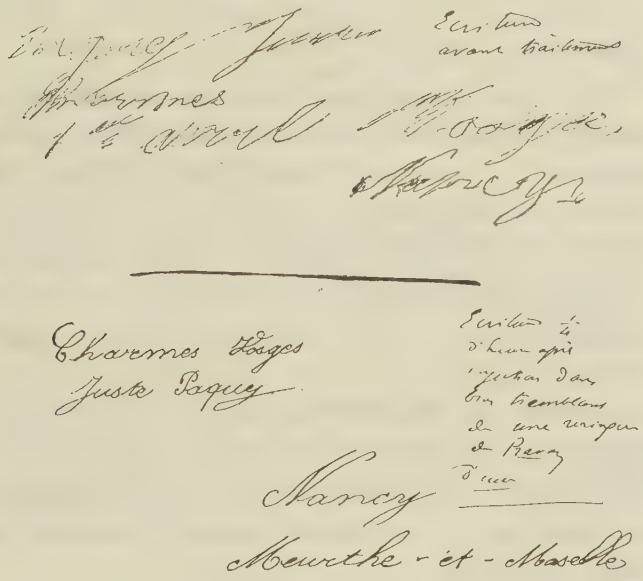
OBSERVATION XXXIII

Tremblement hystérique.

Le jeune Juste P..., âgé de 11 ans, n'a été examiné qu'une fois à la consultation, mais l'affection qu'il présentait et sa guérison pour ainsi dire instantanée sont suffisamment significatives.

Depuis cinq semaines, il est atteint d'un tremblement du bras droit. Ce tremblement s'est montré tout d'un coup, sans cause connue. Depuis il ne peut plus écrire ni s'habiller.

Par moments, à l'occasion d'un mouvement volontaire, ce tremblement s'exagère : les oscillations sont au nombre de 140 environ par minute. Etant donné le nervosisme accusé par la mère et par l'enfant, on porte le diagnostic de tremblement hystérique. On persuade à l'enfant qu'on va le guérir et on matérialise cette suggestion en lui faisant dans le bras une injection d'une seringue de Pravaz d'eau distillée. Un quart d'heure après, l'enfant écrit son nom presque sans trembler.



VIII. — Crise.

La crise hystérique est rare chez l'enfant et ne se montre guère chez lui avant l'âge de 9 ou 10 ans. Elle peut se montrer dans les deux sexes, avec une fréquence

pourtant plus grande chez les petites filles. Elle peut être quelquefois la première et unique manifestation de la névrose, mais habituellement l'interrogatoire relève dans les antécédents personnels du malade quelques-uns des troubles mentaux que nous avons signalés au début.

Elle peut être très variable dans ses manifestations. Si nous refusons le nom de crises aux « pamoisons » dont nous avons parlé au chapitre des troubles circulatoires, l'hystérie convulsive comprend encore une série d'intermédiaires entre la crise « d'enraidissement » comme l'a désignée Isnard (1) et la grande crise d'hystérie, appelée aussi hystéro-épilepsie.

Dans la crise *d'enraidissement* on observe que quelques muscles, ordinairement ceux des bras ou des jambes, deviennent à un moment donné rigides, les yeux sont souvent convulsés, mais il n'y a pas d'attitude spéciale. La *contracture* est pour ainsi dire un degré plus avancé de l'état d'enraidissement. Elle peut donner au corps les inflexions les plus variées, en avant, en arrière ou latéralement.

Quelquefois la crise se caractérise par des *mouvements impulsifs* qui font songer à l'épilepsie. L'enfant se lève tout-à-coup, entre dans une violente colère, frappe ceux qui l'approchent, et ne semble reconnaître personne, pas même ses parents.

La crise peut être précédée ou non d'une aura, mais cette aura est aussi différente suivant les individus que la crise elle-même. La crise consiste quelquefois dans une simple chute de l'hystérique avec pâleur de la face, tantôt

(1) Isnard. — Les manifestations de l'hystérie dans l'enfance. *Thèse Montpellier*, 1895-1896.

dans une chute accompagnée de dyspnée et de cyanose, ou de contractures musculaires toniques et cloniques. Elle se termine aussi de la façon la plus variable : par le réveil purement et simplement, ou par un sommeil plus ou moins profond et plus ou moins prolongé ; quelquefois survient un accès de rire convulsif, ou de larmes abondantes ou des hoquets et des renvois bruyants, ou une miction involontaire.

OBSERVATION XXXIV

Crises nerveuses.

Adrienne B..., 10 ans, entre le 13 novembre 1897.

Le père, 42 ans, bien portant; la mère, 48 ans, est une nerveuse qui a des crises d'hystérie.

L'enfant a des crises nerveuses depuis 2 ans. Ces crises, qui se montraient au début à intervalles assez éloignés, deviennent plus fréquentes. Elles se produisent actuellement trois ou quatre fois par semaine. Elles sont caractérisées par un *tremblement* généralisé qui dure une minute ou deux et qui s'accompagne de *dyspnée* et de *céphalée*. L'enfant ne perd pas connaissance.

Pendant les deux jours qu'elle passe à l'hôpital, l'enfant reste silencieuse et un peu sombre. Elle ne présente que quelques soubresauts quand on l'examine. Elle est fort bien constituée, mange et dort bien.

OBSERVATION XXXV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Simon).

Crises nerveuses.

Louise L..., 11 ans.

Son père est rhumatisant, elle a un frère choréïque.

Il y a trois mois, à la suite d'une contrariété, elle a eu une

crise nerveuse. Depuis, ces crises sont rappelées par la moindre émotion. Elle tombe à terre, sans pousser de cri, et se raidit en arc de cercle, appuyée sur la tête et les talons; puis surviennent des convulsions dans les membres.

La malade se roule sur le dos, de côté et d'autre, et, au bout d'un instant. la crise est terminée.

Elle n'a pas d'anesthésie générale ni spéciale, mais un peu d'anesthésie pharyngienne.

Guérison rapide par isolement et suggestion.

Au bout de trois mois, rechute guérie par les mêmes moyens.

OBSERVATION XXXVI

Crises à forme syncopale.

J. D..., 10 ans, entre le 11 février 1898, à la clinique.

Père, 43 ans, bien portant.

Mère, 41 ans, très nerveuse.

L'enfant a toujours été elle-même très nerveuse.

Il y a deux ans en sortant de l'école, elle est *tombée* la tête en avant, et restée pendant une demi-heure sans connaissance, disent les parents.

Cette année elle est retombée sur la figure, il y a environ un mois. Deux jours avant son entrée elle est *tombée* six fois dans la même journée.

Au moment de tomber elle a quelquefois du vertige ; pendant sa crise sa figure ne change pas, elle ne perd pas connaissance car elle répond aux questions. Elle dit qu'elle a mal à la gorge et à l'estomac.

Après la crise elle a des renvois, pas de miction involontaire.

L'enfant quitte le service au bout de trois jours.

Dans tous les cas que nous venons de signaler, la crise est suffisamment caractéristique pour que le diagnostic d'hystérie s'impose ; il n'en est pas toujours ainsi ; l'hystérie peut être associée à l'épilepsie, et quelquefois la crise que présente l'enfant emprunte certains caractères à l'épilepsie, d'autres à l'hystérie.

Il nous a été donné d'observer à la clinique de M. le professeur Spillmann une fillette qui fut amenée à l'hôpital dans le coma presque complet, portant sur la langue des traces de morsures récentes, et perdant ses urines. Le diagnostic était délicat comme on pourra en juger par la lecture de l'observation qui va suivre.

OBSERVATION XXXVII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Spillmann).

Hystéro-épilepsie.

Louise X..., 16 ans 1/2.

Le père est nerveux, emporté, violent, alcoolique ; il a quitté sa femme et ses enfants depuis trois ans.

La mère est bien portante, pas nerveuse.

Une tante maternelle de l'enfant a eu des crises d'hystérie à l'âge de 18 ans.

L'enfant était habituellement nerveuse, intelligente, bavarde, et impressionnable au point qu'on n'osait la gronder « de peur, dit la tante, de la voir tomber en faiblesse ».

Elle n'a jamais eu de crises de nerfs.

Souffrant de coliques un matin, elle reste au lit. Dans un cabinet voisin de sa chambre, une lessiveuse qui était sur un réchaud à gaz laisse échapper une grande quantité de vapeur d'eau. L'enfant est effrayée et sa tante, en rentrant chez elle, la trouve dans un état comateux.

On l'amène à l'hôpital sans qu'elle prononce une parole. La face est rouge, injectée; la température est normale. La langue est blanche et porte, à droite, des traces de morsures. Le pouls est régulier.

La malade garde un mutisme obstiné, mais en la pressant de questions, elle finit par répondre en faisant de la tête des signes d'affirmation ou de négation.

Dans la journée elle perd ses urines.

La sensibilité et les réflexes des membres inférieurs sont normaux. Mais il existe une anesthésie complète du bras gauche et une diminution de la sensibilité du bras. Il y a en outre de l'anesthésie du pharynæ.

Trois jours après, l'enfant cause, mange et dort bien.

En résumé, les symptômes par lesquels se manifeste l'hystérie dans l'enfance, peuvent être très variés, mais tous n'ont pas une importance égale : ceux qui apparaissent habituellement les premiers et les plus fréquents sont les troubles mentaux, puis viennent les troubles digestifs et les troubles moteurs, ensuite les troubles sensitifs ; les crises, les troubles respiratoires, circulatoires et sécrétoires sont moins fréquents que les premiers.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Le diagnostic de l'hystérie infantile est assurément l'un de ceux qui exigent de la part du médecin la plus grande attention. La difficulté réside dans ce fait que l'hystérie ne se manifeste très souvent que par un seul symptôme, ou un très petit nombre de symptômes dont l'ensemble retrace à s'y méprendre le tableau d'une affection organique tout autre et bien définie. Il ne nous est pas possible de passer ici en revue toutes les maladies que l'hystérie est capable de simuler chez l'enfant, mais nous devons au moins dire quelques mots sur le diagnostic différentiel des affections organiques que l'on rencontre le plus fréquemment et qui peuvent prêter le plus facilement à l'erreur. Nous suivrons pour cela l'ordre que nous avons adopté pour l'étude des symptômes.

Mais auparavant quelques remarques générales sont nécessaires. Il faut en premier lieu accorder à l'*hérédité*, comprise dans son sens le plus large, une place considérable. Les anamnestiques, les antécédents héréditaires et personnels du malade seront étudiés avec soin et per-

mettront de donner aux « agents provocateurs » (maladies infectieuses, émotions vives, traumatismes, etc.) la part qui leur revient.

L'habitus extérieur, la persistance d'un bon état général malgré des symptômes objectifs graves ou accentués encore par le malade, feront penser à la possibilité de l'hystérie.

Il est fréquent de constater un défaut de concordance entre les différents symptômes hystériques qui simulent une affection organique. Par exemple une fillette se plaint d'une céphalée très violente, elle est en même temps constipée et atteinte de vomissements sans efforts, mais le pouls et la température restent normaux et le tout rentre brusquement dans l'ordre.

Souvent aussi les symptômes varient avec les conditions dans lesquels ils se produisent : témoin cet enfant qui ne pouvait pas marcher seul et qui courait parfaitement avec une canne, ou cet autre qui ne pouvait répondre aux questions qu'à voix basse et qui lisait et comptait à haute et intelligible voix.

A côté de cette discordance entre les symptômes, l'évolution de la maladie, le mode de début et la terminaison souvent brusques faciliteront singulièrement le diagnostic.

Troubles mentaux. — Les troubles mentaux que nous avons signalés dans l'étude des symptômes sont assez caractéristiques de l'hystérie pour que nous nous contentions de les rappeler ici ; ils ne sont d'ailleurs jamais assez graves pour que l'on puisse songer à l'aliénation mentale quand on les constate : inconstance d'humeur, irritabilité et versatilité des enfants, esprit de contradic-

tion et de vagabondage, méchanceté, bavardage ou mensonge. Les petits garçons hystériques, qui présentent des tendances marquées au féminisme, se distinguent des simples d'esprit et des idiots par le développement normal de leur intelligence et l'existence et quelquefois même l'exagération des sentiments affectifs.

Les terreurs nocturnes et les hallucinations reconnaissent quelquefois chez l'enfant d'autres facteurs étiologiques que l'hystérie. S'il est vrai que leur existence est la manifestation du tempérament nerveux de l'enfant, il faut savoir aussi que la cause provocatrice peut être, soit la dyspepsie (dilatation stomacale), soit l'imperméabilité nasale ou pharyngienne (rhinite chronique, végétations adénoïdes, hypertrophie amygdalienne), soit l'intoxication par le café ou l'alcool. Il faut avoir éliminé ces différents facteurs pour pouvoir conclure que les terreurs nocturnes sont bien d'origine hystérique.

Troubles digestifs. — L'œsophagisme hystérique se distingue facilement du rétrécissement organique de l'œsophage. On éliminera d'emblée l'idée de néoplasme de syphilis ; l'interrogatoire nous apprendra qu'il n'y a eu ni brûlure, ni traumatisme, l'examen du thorax qu'il n'y a pas d'adénopathie capable de comprimer l'œsophage. La brusquerie habituelle du début, le fait que *certains aliments passent* à l'exclusion de tous les autres, l'exploration par la sonde œsophagienne plaident en faveur de l'hystérie. Le diagnostic sera confirmé par la guérison brusque de l'affection, par un procédé quelconque de suggestion dont le plus efficace est évidemment l'isolement ou le séjour à l'hôpital.

La gastralgie hystérique qui s'accompagne habituelle-

ment d'inappétence et de vomissement peut faire penser à l'ulcère rond. Mais l'ulcère rond est rare chez l'enfant, les vomissements peuvent être arrêtés par une émotion ou par la suggestion, et la douleur fixe dans l'ulcère rond peut être localisée par suggestion verbale à un siège tout autre que celui que le malade avait primitivement indiqué.

La tympanite diffère de *l'ileus* en ce qu'elle ne s'accompagne guère de vomissements aussi graves, et de la péritonite tuberculeuse par ce fait que le malade est plutôt constipé que sujet à la diarrhée. De plus l'état général est bon, et le chloroforme peut à la rigueur faire cesser toute indécision par la disparition complète de la « tumeur fantôme ». La brusquerie de la guérison, dans le cas que nous avons rapporté, a été certainement la meilleure pierre de touche du diagnostic.

Troubles phonateurs et respiratoires. — Le *mutisme* et le *bégaiement* se montrent généralement à la suite d'émotion vive chez des enfants issus de parents nerveux. Ce mode de début et la guérison rapide par suggestion permettent de porter facilement le diagnostic d'hystérie.

L'*aphonie* hystérique est souvent caractérisée par ce fait que l'enfant qui en est atteint articule les paroles d'une façon exagérée, parle lentement et d'une façon scandée qui attire de suite l'attention. L'examen laryngoscopique est le moyen le plus simple et le plus sûr de vérifier le diagnostic.

Le renaclement, le reniflement, les baillements, le rire et l'éternuement, quand ils sont dus à l'hystérie, se produisent habituellement par accès et cessent dès que l'on arrive par un moyen quelconque à distraire l'enfant.

La *toux hystérique*, qui ressemble d'ordinaire à un aboiement, ne s'accompagne pas d'expectoration. Mais comme l'enfant crache peu normalement, l'examen de l'appareil respiratoire lèvera tous les doutes en montrant l'absence complète de signes stéthoscopiques.

La *dyspnée* hystérique enfin peut revêtir les allures les plus diverses, et ressembler parfois aux types respiratoires que l'on décrit classiquement. Si l'examen du cœur, des reins et des poumons n'ont donné qu'un résultat négatif, l'absence complète de cyanose, le fait que la dyspnée augmente quand on examine l'enfant, la persistance d'un bon état général seront des symptômes suffisamment caractéristiques.

Troubles circulatoires. — Les pamoisons, les syncopes, les palpitations sont à peu près les seuls troubles circulatoires par lesquels l'hystérie se manifeste dans l'enfance.

Les deux premiers se diagnostiquent par ce qu'ils se produisent en général sous forme d'accès que l'on a pu assimiler à de véritables petites crises d'hystérie. Quant aux palpitations, l'absence de lésions cardiaques ou vasculaires, la guérison facile et rapide par l'emploi d'une thérapeutique suggestive, tel que le drap mouillé, par exemple, sont des raisons assez probantes pour confirmer le diagnostic.

Troubles sécrétoires. — En présence d'un enfant atteint de polyurie on ne portera fermement le diagnostic de polyurie nerveuse que lorsque l'étude approfondie des antécédents aura prouvé l'existence d'une tare nerveuse héréditaire, que l'examen des urines aura démontré l'absence de sucre et d'albumine, et que l'observation surtout aura prouvé que les distractions et la suggestion

sont capables d'amener une diminution considérable de la polydipsie et par suite de la polyurie.

Quant à l'incontinence d'urine, elle ne permet d'hésiter qu'entre deux diagnostics : nervosisme et épilepsie. Dans ce cas encore, les antécédents héréditaires, l'examen de l'état moral et intellectuel de l'enfant, l'influence du traitement seront les moyens les plus sûrs de trancher la question.

Troubles de la sensibilité. — L'anesthésie plus ou moins fugace, plus ou moins bizarrement distribuée et limitée est un symptôme indiscutable d'hystérie.

L'hypéresthésie de la peau ou des muqueuses, la myalgie, la rachialgie sont également faciles à reconnaître. La céphalée et clou hystériques se diagnostiquent par la brusquerie habituelle du début et le retour periodique des accès, comme chez cette fillette dont nous avons raconté l'histoire et qui au milieu des jeux ou d'une occupation quelconque se retire tout à coup dans un coin, se prend la tête à deux mains en se plaignant d'une céphalée intense.

Le méningisme est certainement parfois très difficile à distinguer de la méningite vraie. Etant donnée la grande contagion de la tuberculose, l'absence d'antécédents bacillaires ne présente ici qu'une importance tout à fait secondaire.

Nous avons vu que le diagnostic de méningite avait été quelquefois posé avec apparence de raison. Il peut exister dans le méningisme, comme dans la méningite de la fièvre, des vomissements et de la constipation.

Mais les vomissements ne se produisent souvent

qu'après l'absorption de certains aliments, l'état général est bon malgré tout ; le pouls peut rester régulier et égal pendant toute la durée de l'affection, et il n'est pas rare qu'à un moment donné de la maladie en cours, une crise franche d'hystérie ne vienne confirmer un diagnostic jusque-là hésitant.

Les troubles de la vision rares chez les enfants et d'ailleurs difficiles à vérifier, à cause de la suggestibilité particulière à leur âge consistent principalement dans le rétrécissement du champ visuel. L'amblyopie, la dyschromatopsie et l'amaurose, sont beaucoup plus rares.

Les accidents, s'ils ne sont pas dus à l'hystérie, ne peuvent reconnaître comme cause qu'une tumeur de la base du crâne dont il est nécessaire de rechercher les autres symptômes.

Troubles de la motilité. — Les troubles de la motilité, contractures, paralysies ou tremblements d'origine hystérique sont en règle générale caractérisés par le fait que le début est brusque ; la cause étant presque toujours une émotion vive, une frayeur par exemple. Cette brusquerie du début est certainement le facteur étiologique le plus important pour la confirmation du diagnostic.

Quand la contracture, siégeant dans les muscles voisins d'une articulation, est accompagnée d'une hypéresthésie notable de la peau dans la même région, le tableau qu'on a sous les yeux simule au premier abord, à s'y méprendre, l'arthrite la plus fréquente dans l'enfance : l'arthrite tuberculeuse. Mais l'arthrite tuberculeuse avec contracture est précédée d'une période douloureuse, qui provoque à la hanche ou au genou une boiterie qui

n'existe pas dans la pseudo-coxalgie hystérique. L'examen sous le chloroforme est un bon moyen de diagnostic, parce qu'il montre la liberté de l'articulation et l'absence complète d'empâtement ; mais il ne permet pas de diagnostiquer une pseudo-coxalgie vraie au début. Le signe de Brodié permet de faire aussi facilement et plus sûrement le diagnostic ; il consiste dans ce fait que le malade se plaint plus si on pince la peau et si on la soulève des parties sous-jacentes, que si on applique la tête du fémur contre le fond de la cavité cotyloïde.

La paralysie hystérique ne saurait être confondue qu'avec la paralysie infantile ou la paralysie consécutive à une polynévrite ; si la paralysie n'a pas été précédée d'une période fébrile et ne s'accompagne pas d'atrophie musculaire, c'est que la paralysie infantile n'est pas en jeu. L'examen général du malade et de sa sensibilité en particulier, l'histoire de ses antécédents et le mode de début sont les meilleures preuves de la nature hystérique des accidents qu'il présente.

Quant aux tremblements hystériques, leur début à la suite d'une émotion vive, leur polymorphisme, la rareté chez l'enfant des affections cérébro-médullaires qui s'accompagnent de tremblements, l'influence de la suggestion verbale sur leur intensité ou l'amplitude des oscillations sont les plus sûrs garants du diagnostic.

Crise. — La crise nerveuse ne peut être confondue qu'avec la crise épileptique. En général, le diagnostic est facile. L'épileptique tombe tout à coup, n'importe où, en poussant un cri ; il se mord la langue pendant sa crise et a une miction involontaire.

L'hystérique sent habituellement venir sa crise, ne se mord pas la langue et perd rarement ses urines. A son réveil, l'épileptique est égaré, inconscient, l'hystérique reprend immédiatement connaissance.

Quand les attaques épileptiques se répètent fréquemment, l'état général est fortement atteint, l'hystérique, au contraire, peut avoir malgré des crises fréquentes un bon état général. On peut arrêter ou provoquer une crise d'hystérie par la compression des zones dites hystérogènes ; tandis qu'on n'a pas d'action sur une crise epileptique.

Mais les deux névroses peuvent coexister chez le même individu : il est alors plus difficile de porter un diagnostic ferme, et c'est par la recherche des antécédents, l'examen du malade dans l'intervalle des attaques, l'étude de son caractère, de son intelligence, des stigmates qu'il peut présenter, qu'on arrivera à porter le diagnostic d'hystéro-épilepsie.

CHAPITRE V

Pronostic.

Il est regrettable que ces observations prises dans les hôpitaux ne nous permettent pas de porter un pronostic rigoureusement exact, car il est exceptionnel de rencontrer plus tard les malades qui ont été soumis une fois à notre observation.

Cependant nous savons que dans quelques cas les accidents ne se sont pas reproduits pendant un long intervalle de temps. Le pronostic de l'hystérie infantile est donc généralement assez favorable, comme l'ont admis tous ceux qui se sont occupés de la question et qui ont répété le mot de Charcot : « L'hystérie chez l'enfant ne tient pas. »

Mais cette formule trop générale ne saurait s'appliquer également à tous les cas, et avant de formuler un pronostic, il faut tenir compte de plusieurs facteurs importants : l'opportunité du traitement, la nature des symptômes présentés par les enfants et l'hérédité nerveuse dont ils sont chargés.

En effet, l'observation prouve que, grâce à un diag-

nostic exact et à un traitement approprié, on arrive à enrayer les accidents de l'heure présente et à prévenir leur retour. Mais ce traitement s'est montré particulièrement efficace quand il s'agissait de troubles moteurs, sensitifs ou digestifs, toutes les fois en somme que l'hystérie simulait une affection organique quelconque. Les troubles mentaux nous semblent au contraire beaucoup plus difficiles à guérir pour peu qu'ils soient graves, et certainement en présence d'accidents semblables à ceux qu'a présentés la petite Paule X..., dont nous avons retracé l'histoire dans notre première observation, le pronostic doit être réservé, car il est assombri par crainte légitime du retour probable de pareils accidents et par les inquiétudes que donnent pour l'avenir l'existence d'un état mental aussi précaire. Et ce qui justifie le plus ces inquiétudes, c'est le facteur étiologique important dont nous avons parlé : c'est l'hérédité, la rate nerveuse dont l'enfant est porteur.

Pour nous résumer, nous dirons que dans la majorité des cas le pronostic de l'hystérie infantile est bénin, mais que quelquefois, en présence de troubles mentaux graves et d'une hérédité nerveuse chargée, le pronostic est assez sombre et doit toujours être réservé.

CHAPITRE VI

Traitement.

Le traitement de l'hystérie peut être prophylactique et curatif.

I. *Traitement prophylactique.* — Il s'adresse à toutes les causes que nous avons énumérées au chapitre de l'étiologie. L'hérédité nerveuse, par exemple, nous ne pouvons pas la modifier, mais nous pouvons recommander aux parents de surveiller leur enfant ou plutôt de confier son éducation à d'autres personnes. Chez un enfant porteur d'une tare nerveuse, le médecin doit surveiller de très près l'éducation morale et physique. Il évitera à l'enfant prédisposé tout travail considérable, toute excitation cérébrale et le surmenage quel qu'il soit. Il proscrira les pratiques superstitieuses et les histoires effrayantes, il prouvera, autant que possible, à des parents trop craintifs pour la santé de leur enfant, qu'ils font une mauvaise suggestion en lui répétant sans cesse qu'il redoutent de le voir tomber malade.

Le médecin défendra les émotions vives, il se méfiera des traumatismes quelconques, et de la convalescence

des maladies infectieuses, pendant laquelle il remontera aussi bien que possible l'état général de son petit malade étroitement surveillé. Enfin il évitera la contagion, par l'isolement des enfants atteints d'accidents hystériques.

II. *Traitement curatif.* — A l'hystérie confirmée on opposera le traitement curatif qui s'adresse à l'état général et aux manifestations locales de la névrose.

Le médecin arrive à ce double but, par la mise en œuvre de la suggestibilité propice de l'enfance. C'est à notre avis la raison pour laquelle l'hystérie ne tient guère chez l'enfant, et pour nous l'isolement, l'isolement à l'hôpital en particulier, est le mode de suggestion le plus simple et le plus efficace. En effet, presque toutes nos observations relatent que les manifestations hystériques que présentaient les enfants, ont disparu dès l'entrée de l'enfant à l'hôpital et chez quelques-uns ne se sont pas reproduites dans la suite. Souvent il a paru bon de matérialiser pour ainsi dire cette suggestion, en administrant un médicament quelconque, cette méthode est excellente et a toujours parfaitement réussi, témoin cette petite fille atteinte d'œsophagisme guérie par la suspension, cette autre guérie d'une contracture de la jambe par l'absorption de bleu de méthylène, ou ce petit garçon guéri d'un tremblement du bras droit par l'injection sous-cutanée d'une seringue de Pravaz de sérum artificiel. On peut dire que la thérapeutique des manifestations locales peut être aussi fantaisiste que le médecin le voudra, pourvu qu'il persuade à son malade que le médicament qu'il va employer le débarrassera à tout jamais de sa maladie.

La suggestion aidée du sommeil hypnotique, comme

le comprend l'école de Nancy, est un moyen qui a donné, entre les mains de M. le professeur Bernheim, d'aussi bons résultats que les autres et qui est aussi inoffensif. Mais comme les médecins n'ont pas généralement l'habitude de ce procédé thérapeutique, la suggestion à l'état de veille et grâce à un médicament quelconque nous paraît le procédé thérapeutique le plus recommandable en règle générale.

L'électrothérapie et l'hydrothérapie, cette dernière surtout, sont des moyens excellents, des adjuvants précieux de l'isolement, qui agissent à la fois sur l'état général en stimulant la nutrition et sur les manifestations locales de la névrose hystérique.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérie infantile n'est pas une affection rare.

II. — Elle reconnaît comme facteur étiologique principal l'hérédité, à côté de laquelle il existe des « agents provocateurs ».

III. — Elle se manifeste par des troubles mentaux, des troubles des appareils digestif, respiratoire, circulatoire et urinaire, des troubles de sensibilité et de motilité, et par des crises.

IV. — Le diagnostic, souvent délicat, n'est jamais impossible.

V. — Le pronostic est rarement grave.

VI. — Le traitement doit être prophylactique et curatif ; l'isolement, aidé de l'électrothérapie ou plutôt de l'hydrothérapie, constitue le traitement le plus efficace.

Vu :
Le 9 juin 1899.
Le Président de la Thèse,
SPILLMANN.

Vu par le Doyen :
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUDRY. — Pseudo-mal de Pott hystérique. (*Lyon médical*, octobre 1887.)

BARDOL. — De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants. (*Nouvel Icon. de la Salpêtrière*, n° 6, 1892.)

BARTHEZ. — Accidents nerveux complexes hystéro-épileptiformes chez une jeune fille de 11 ans ; 5e ou 6e récidive depuis l'âge de 6 ans ; expulsion d'ascaris lombricoïdes ; guérison. (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, XLIII, 1870.)

BÉRILLON. — Rôle de l'éducation dans l'étiologie de l'hystérie infantile. (*Rev. de l'hypn. et de psycho-physiol.*, Paris, 1897-1898, p. 318.)

BERNHEIM. — *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, 1891.

— Sur trois cas d'hystérie infantile guéris par la suggestion. (*Revue médicale de l'Est*, 1894, p. 313.)

BEZY. — Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes sur la question de l'hystérie infantile. (Toulouse, août 1897.)

BEZY et SARDA. — Deux cas d'hystérie chez l'enfant. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1897, XV, p. 556.)

BIBENT. — L'hystérie simulant les affections organiques chez l'enfant et l'adolescent. (*Thèse Toulouse*, 1898.)

BRIQUET. — *Traité de l'hystérie*, 1859.

BRUNS (L.). — Die Hysterie im Kindesalter. (*Halle a S.*, 1897, c. Marhold.)

Burnet. — Contribution à l'étude de l'hystérie infantile ; son existence au-dessous de l'âge de 5 ans. (*Thèse Paris*, 1890-1891.)

Casaubon. — L'hystérie chez les jeunes garçons. (*Idem*, 1884-1885.)

Cattaneo (C.). — Gazz. degli ospedali e delle cliniche au XIX. (*Analyse in Revue neurologique*, 15 janvier 1899.)

Charcot. — Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux, t. I, II, III. (*Leçons du mardi*, 1887-1888 et 1888-1889.)

Chaumier. — *Bull. Acad. méd. Paris*, 1892, XXVIII, p. 32.

Clopatt. — *Etude sur l'hystérie infantile.* (Helsingfors, 1888.)

Comby. — *Presse médicale*, 1895.

Conturies. — Hystérie chez l'enfant. (*Thèse Paris*, 1896-1897.)

Destarac. — La réaction de dégénérescence dans l'hystérie et valeur thérapeutique de l'électricité à propos de trois cas de paralysie hystérique chez l'enfant. (*Ann. d'électrobiol.*, Paris, 1898, I, p. 187.)

Dutil. — Contribution à l'étude des tremblements hystériques. (*Thèse Paris*, 1890-1891.)

Fischer. — *Thèse Nancy*, 1894.

Fouquel. — Etudes cliniques sur quelques spasmes d'origine hystérique. (*Thèse Paris*, 1880.)

Gerest. — Pathogénie et traitement des paralysies hystériques. (*Revue de médecine*, 1898, p. 648.)

Gilles de la Tourette. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, t. I, p. 46.

Giraud. — Essai sur l'hystérie précoce se développant chez les petites filles avant la puberté. (*Thèse Paris*, 1879-1889.)

Grancher. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, février 1888, p. 64.

Grasset. — Hystéro-traumatisme. (*Leçons de clinique médicale*, 1896.)

Guinard (L.). — Quelques remarques sur une hypothèse récemment émise à propos de la pathogénie et du traitement des paralysies hystériques. (*Revue de médecine*, 1898, p. 734.)

Guinon (G.). — Les agents provocateurs de l'hystérie. (*Thèse Paris*, 1888-1889.)

Guinon (L.). — De quelques troubles urinaires de l'enfance. Névroses urinaires de l'enfance. (*Idem*, 1888-1889.)

Goldspiegel (M^lle H.). — Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. (*Idem*, 1888.)

Goudotine. — Hystérie chez deux enfants de 4 et 7 ans. — Société de pédiatrie de Saint-Pétersbourg. (*Analyse in Presse méd.*, 1^er avril 1899.)

Greffier. — Essai sur l'hystérie précoce. (*Archives gén. de méd.*, 1882.)

Haushalter. — Trois cas d'hystérie infantile. (*Revue médicale de l'Est*, mai 1894.)

— Œsophagisme hystérique et dysphagie. (*Méd. mod.*, 1891.)

— Hystérie infantile. (Societé de médecine de Nancy, 9 mai 1894.)

— Polyurie essentielle chez un enfant de 6 ans. (*Ann. de méd et de chir. inf.*, 15 juillet 1898.)

Huchard. — Méningisme hystérique. (*Presse médicale*, 1895, n° 66.)

Isnard. — Hystérie chez l'enfant. (*Thèse Montpellier*, 1895-1896.)

Joffroy. — Hystérie infantile et suggestion hypnotique. (*Revue de psych.*, juin 1894.)

Lapin. — Hystéro traumatisme chez un enfant de 6 ans. (*Méd. mod.*, 31 juillet 1894.)

Leuch. — Une épidémie de tremblement hystérique dans une école. (*Corresp. Blatt. f. Schweiz. Azt.*, 1896, p. 465. — *Anal. in Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1897, p. 439)

Magitot. — De l'hystérie chez les nouveau-nés. (*Bull. Acad. méd. Paris*, 2 s., XXVIII, p. 32, 1892.)

Mouratow. — L'hystérie et le caractère hystérique chez les enfants. (*Analys. in Ann. de méd. et de chir. inf.*, 15 juin 1898, p. 422.)

Ollivier (A.). — Sur un mémoire de M. le docteur Chaumier, relatif à l'hystérie chez les nouveau-nés et chez les enfants

au-dessous de 2 ans. (*Bull. Acad. méd. Paris*, 3 s., XXVII, p. 883.)

— De la fausse méningite tuberculeuse de nature hystérique chez les enfants. (*Méd. mod.*, 1891, p. 685.)

— *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1889, p. 191.

PEUGNIEZ. — De l'hystérie chez les enfants. (*Thèse Paris*, 1885.)

PITRES. - *Leçons du mardi*, 1888. (Leçon du 21 février, p. 205.)

— *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1891, t. I, p. 57.

SIMON (P.). — Sur onze cas d'hystérie infantile. (*Revue méd. de l'Est*, 1894.)

SOLLIER. — Anorexie hystérique. (*Revue de méd* , 1891.)

SOUQUES. — *Hystérie simulatrice des affections de la moelle*, 1890.

STEINER (F). — Beitrage zur Kenntniss der hysterischen Affectionen bei Kindern. (*Iahrb. f. Kinderk.*, Leipzig, 1897.)

TERRIEN. — Hystérie infantile en Vendée. (*Arch. de neurologie*, 1897, 2 s., p. 299.)

VARIOT. — Hystérie convulsive chez un enfant de 9 ans et demi. (*Journal de clin. inf.*, 1894, p. 9.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

CHAPITRE PREMIER. — Historique 4

CHAPITRE II. — Etiologie 7

CHAPITRE III. — Symptômes 13

I. — Troubles mentaux 14

II. — Troubles digestifs 29

III. — Troubles phonateurs et respiratoires 38

IV. — Troubles circulatoires 42

V. — Troubles sécrétoires 42

VI. — Troubles sensitifs 47

VII. — Troubles de la motilité 52

VIII. — Crise 63

CHAPITRE IV. — Diagnostic 69

CHAPITRE V. — Pronostic 78

CHAPITRE VI. — Traitement 80

CONCLUSIONS 83

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 84

Nancy. — A. CRÉPIN-LEBLOND, 21, Rue Saint-Dizier

IMPROBVS
LABOR
OMNIA
VINCIT